U N I V E R S I T E D E R E I M S

F A C U L T E D E M E D E C I N E

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

ANNEE 1971 N° 34

T H E S E

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par

Bernard CHAUVOT

Né le 5 Juillet 1939 à NOYERS (Haute Marne)

Présentée et soutenue publiquement le 2 JUIL. 1971

ASPECTS ACTUELS DES TENTATIVES DE SUICIDE

A propos de 1051 cas vus au Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Reims

---

Président : Monsieur Jean Marie DUBOIS DE MONTREYNAUD, Professeur

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

UNIVERSITE DE REIMS

FACULTE DE MEDECINE

Etablissement public à caractère scientifique et culturel

Directeur honoraire de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie de REIMS
..... M. R. FRANQUET
Doyen honoraire de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de REIMS
..... M.L. VILDE
Professeurs honoraires ..... MM. A. JACQUINET, M. LEULIER
R. LEFEVRE

Doyen, Directeur de l'U.E.R., Président de l'E.P.C.S.C. :H.GEOFFROY

PROFESSEURS TITULAIRES

MM.

J. BASTIEN	Clinique Chirurgicale
J. BOREL	Biochimie médicale
H. CHOISY	Pharmacologie
G. DROPSY	BActério-Viro-Immunologie
J.M. DUBOIS DE MONTREYNAUD	Pathologie expérimentale
H. EZES	Clinique obstétricale
M. FANDRE	Clinique de pédiatrie et de puériculture
H. GEOFFROY	Pathologie médicale
P. QUEREUX	Anatomie
J. RIVES	Pathologie chirurgicale
J. VALEYRE	Biophysique médicale
L. VILDE	Clinique médicale
D. ZAGURY	Histologie-Embryologie

PROFESSEURS TITULAIRES A TITRE PERSONNEL

MM.

T. CAULET	Anatomie pathologique
Y. GERARD	Chirurgie-Générale
R. NATAF	Ophtalmologie

.../...

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41542719_0012

PROFESSEURS SANS CHAIRES

MM.

G. BOFFA ..... Biochimie médicale
P. GAUGE ..... Physiologie
G. PETIT MAIRE ..... Hygiène, médecine préventive et médecine du travail
J. RISTELHUEBER ..... Thérapeutique

PROFESSEURS CHARGES DE COURS A TITRE PERMANENT

MM.

M. JACQUET ..... Anatomie pathologique
R. LARDENOIS ..... Pathologie chirurgicale

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

J.J. ADNET ..... Anatomie pathologique
A. BAJOLET ..... Cardiologie
J. BOY ..... Hématologie
A. CATTAN ..... Cancérologie
R. COFFIN ..... Pédiatrie
P. COUDOUX ..... Médecine générale
G. DELTOUR ..... Biophysique
J. DEVILLE ..... Médecine Interne
M. DUFOUR ..... Médecine générale
J. GOUGEON ..... " "
F. GUYOT ..... Neuro-Chirurgie
M. HARDEL ..... Cardiologie
S. KOCHMANN ..... Pneumo-phtisiologie
M. LEUTENEGGER ..... Médecine générale
J. MORICE ..... Neuro-psychiatrie
H. NICAISE ..... Chirurgie-générale
S. PAROT ..... Physiologie
G. PASCALIS ..... Neuro-psychiatrie
F. PENNAFORTE ..... Pédiatrie
M. RANDOUX ..... Chimie biologique
Mlle J. RENDOING ..... Anesthésiologie
M. SEGAL ..... Electroradiologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

MM.

P. WAHL ..... Gynécologie et Obstétrique

P. ZEITOUN ..... Histologie-Embryologie

Secrétaire : R. DOHAIN

Bibliothécaire : J. PITHOIS

- A notre président de Thèse

Monsieur le Professeur J.M DUBOIS DE MONTREYNAUD
Titulaire de la chaire de Pathologie expérimentale
Chef de service de Pneumo phtysiologie du Centre
Hospitalier Régional et Universitaire

Nous avons été son interne. Il nous fait le grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse. Nous lui offrons le témoignage de notre respectueuse reconnaissance

- A Monsieur le Professeur [illegible]

Maître de Conférences Agrégé de Psychiatrie
Chef de Service de Psychiatrie Générale et
Infantile du Centre Hospitalier Régional et
Universitaire

Il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail. Nous sommes son interne depuis 3 ans. Pour ses qualités humaines et le savoir qu'il nous dispense nous tenons à lui exprimer notre profonde gratitude et notre dévouement respectueux

- A Monsieur le Professeur René PLANQUET

Directeur honoraire de l'Ecole nationale de Médecine et de Pharmacie de Reims.

Il nous a guidé dans nos études de médecine. Pour son enseignement et ses qualités humaines nous tenons à lui exprimer notre profonde et respectueuse reconnaissance.

- A Monsieur le Professeur MORICE

Maitre de Conférences Agrégé de Neurologie
Chef du Service de Neurologie du Centre Hospitalier
Régional et Universitaire

Nous avons été son Interne. Il a guidé nos premiers pas dans le Service de Neuro-Psychiatrie. Il a accepté de faire partie du Jury de notre Thèse, nous lui exprimons notre respectueuse gratitude

- A Mademoiselle le Professeur J. RENDOING

Maitre de Conférences Agrégé d'Anesthésiologie
Chef du Département d'Anesthésie Réanimation
du Centre Hospitalier Régional et Universitaire

Elle nous a ouvert avec bienveillance les portes de son Service pour effectuer ce travail. Elle a accepté de juger notre Thèse. Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance.

- À ma femme

Pour le bonheur de notre vie commune

- À mes enfants.

- À mes parents en témoignage de mon affection.

- À ma famille.

- À la famille de ma femme.

Par délibération en date du 9 février 1968, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

I N T R O D U C T I O N

La notion de suicide semble à première vue claire : un être humain se tue en s'intoxiquant par une drogue, en s'asphyxiant par le gaz domestique ou en utilisant un moyen traumatique contre sa personne physique -arme blanche ou à feu, précipitation physique d'une certaine hauteur dans le vide-.

Ceci correspond au "meurtre de soi-même", définition donnée par l'Abbé DESFONTAINE en 1737.

Que représente alors la tentative de suicide ? Tentative car le sujet a tenté de se donner la mort, mais il n'a pas réussi à se tuer, il a survécu. Pendant nos stages hospitaliers, nous avions été frappés par la fréquence des hospitalisations de suicidaires dans les Services de Médecine puis dans le Service d'Urgences et de Soins Intensifs depuis sa création.

L'ingestion médicamenteuse volontaire et surtout la jeunesse caractérisaient la majorité des tentatives de suicide : l'âge adulte jeune avant la trentaine et l'adolescence semblaient fournir le contingent le plus important. Par ailleurs, un aspect curieux semblait leur survenue, non pas de façon isolée mais selon une certaine périodicité, groupées en séries d'hospitalisations plus ou moins nombreuses.

Une première hypothèse de travail s'offrait donc à notre étude : les tentatives de suicide présentaient actuellement des aspects nouveaux par la fréquence de plus en plus grande des intoxications volontaires médicamenteuses, mais surtout par la proportion de plus en plus élevée de sujets jeunes en particulier des adolescents. La tentative de suicide pendant l'adolescence semble constituer l'aspect le plus nouveau et le plus important de la pathologie suicidaire actuelle.

La tentative de suicide survient presque toujours en raison de graves perturbations psychologiques, à l'occasion d'une situation conflictuelle. Peu de suicidaires présentent une affection psychiatrique. Nombre de ces tentatives "psychologiques" étaient jugées telles par l'entourage et même le médecin pour suspicion de "chantage". Si l'on fait le point des connaissances acquises, on observe que pendant longtemps, on a vraiment étudié le suicide réussi, c'est-à-dire réussi. Et l'on distingue les "vraies tentatives de suicide", c'est-à-dire sérieuses et non volontaires mais caractérisées par leur gravité et en général par le fait qu'elles ne réussissent pas en raison de circonstances indépendantes de la volonté de l'assassin. On les oppose aux "mauvaises tentatives" caractérisées par leur bénignité et leur aspect volontaire de feindre sincérité -désir non pas de mourir mais de dormir ou de fuir- avec souvent un caractère utilitaire voire même de chantage en apparence. On a toujours tendance à considérer la tentative de suicide, c'est-à-dire l'échec du suicide comme peu digne d'intérêt, peu grave et sérieux pour ces deux raisons :

- d'abord parce que la tentative très souvent ne semble pas destinée à réussir aux yeux du médecin -par exemple, dans les cas d'ingestion volontaire d'une dose médicamenteuse non léthale-. Car ailleurs, la rapidité des premiers soins portés et les progrès de la réanimation dans les Services d'Urgence et de Soins intensifs ont permis d'abaisser la mortalité des tentatives dans les cas d'intoxication médicamenteuse à un taux très bas et même nul dans le S.U.S.I. du C.H.U. de Reims. Mais comme le souligne J. VEDRINNE (94), nombre d'intoxiqués

réanimés dans ces Services sont actuellement des tentatives qui auraient été, voici dix ans, des suicides réussis.

- ensuite la tentation est grande de ne pas prendre au sérieux nombre de tentatives en raison de leur caractère souvent apparent de "chantage". Cette question s'est posée de tous temps. Lorsque la notion de chantage était présente, elle conduisait les psychiatres et les sociologues classiques à écarter l'acte suicidaire du cadre du suicide vrai.

Il ne nous semble pas possible de distinguer les suicides réussis et les suicides tentatives de façon aussi tranchée que les classiques si l'on considère que la bénignité de certaines tentatives n'est souvent qu'apparente et que surtout l'existence même de la conduite suicidaire traduit une grave perturbation psychologique chez son auteur. Que le passage à l'acte se soit traduit ou non par la perte de la vie, si la notion de passage à l'acte suicidaire qui nous semble essentiel -pour cette raison nous n'avons pas inclu les idées de suicide simples des mélancoliques dans le cadre des tentatives de suicide-.

Il nous semblait difficile de conserver le terme de "chantage". La seconde hypothèse de travail supposait dans toute tentative de suicide une signification qu'il fallait trouver. Il s'agissait de rechercher une demande d'aide sous jacente. Pouvait-on parler avec A. GORCEIX (41) "d'appel à l'aide" et avec G. PASCALIS (75) de "mise en demeure" ?

Pour découvrir les aspects actuels des tentatives de suicide nous avons étudié les observations cliniques de suicidaires vus en consultation hospitalière,-portant sur une période de 5 ans et demi- et hospitalisés en Service Spécialisé de Neurologie * et de Psychiâtrie générale et infantile ** pendant une période de deux ans et demi. La fréquence des hospitalisations a été étudiée dans le Service d'Urgence et de Soins Intensifs ***.

L'étude de ces observations a permis de dégager des aspects statistiques et cliniques. Un certain nombre d'adolescents suicidaires a été étudié sur le plan psychologique. Enfin nous avons étudié les suicides réussis officiellement recensés pendant la même période, en vue d'une comparaison avec l'étude concernant la tentative.

Dans l'étude statistique et clinique des tentatives de suicide nous respectons un plan classique en étudiant d'abord la tentative au cours de l'âge adulte après la quarantaine. Cette pathologie est bien connue et leur étude n'apporte pas d'éléments nouveaux et concrets. Nous étudions ensuite la tentative de l'adolescent qui réalise l'aspect le plus nouveau et passionnant dans la pathologie suicidaire actuelle.

* Professeur Agrégé J. MORICE

** Professeur Agrégé G. PASCALIS

**** Professeur Agrégé J. RENDING

Pour étudier les aspects actuels des tentatives de suicide, un bref rappel historique est nécessaire.

H I S T O R I Q U E

Nous résumerons de façon succinte les thèses classiques et contemporaines sur le suicide. En effet le meurtre de soi-même concerne l'homme dans tous ses aspects, non seulement psychiatriques et psychologiques mais aussi sociologiques, philosophiques et moraux. Notre propos n'est pas d'étudier les immenses problèmes du suicide en général et les innombrables théories et définitions qui le concernent.

De nombreux ouvrages exposent en détail et de façon très pertinente ses causes et ses mécanismes. Le numéro spécial de la "Revue Problèmes" (N° 5) les résument judicieusement.

Les Thèses Classiques sur le suicide :

- la psychiatrie classique considère que tout suicidant est un malade mental, un aliéné et s'il n'atteint pas à ses jours dans le délire il s'agit d'un déséquilibré caractériel ou névrotique. De toutes façons, le suicide n'est qu'un symptôme soit d'une constitution pathologique cyclothymique ou hypermotive, soit d'une affection psychiatrique bien décrite par la nosographie classique avec au premier plan la dépression mélancolique. On décrit alors très minutieusement le suicide chez tous les sujets psychiatriques délirants, mélancoliques, épileptiques, confus ou fébriles ...

- la sociologie classique au contraire voit la cause première dans le milieu social. Ce dernier le sujet mal intégré dans son groupe social. DURKHEIM A. (27) décrit le suicide égoïste, altruiste, et anomique. Pour HALBWACHS (48) la complexité de la vie sociale intervient et le suicide s'explique toujours par des causes sociales, surtout collectives parfois individuelles et les maladies mentales sont [illegible] dernières causes.

[illegible]

Elles voient le psychiatre s'intéresser plus aux facteurs sociaux et psychologiques générateurs des suicides, celui-ci est alors étudié sous l'angle de la psychologie de l'individu et non plus seulement sous l'angle de l'aliénation mentale. DESHAIES G. (23) constate que seule une minorité de psychotiques se suicide et que la majorité des suicides ne s'inscrit pas dans le cadre d'un état bien individualisé sur le plan nosographique. De leur côté, les sociologues attribuent plus d'importance aux effets des facteurs individuels chez les candidats au suicide. Il existe donc une "conduite de suicide" et une "situation de suicide" où interviennent des facteurs nombreux et d'ordre divers.

Les psychanalystes apportent une importante contribution à la compréhension du suicide en étudiant le rôle de l'inconscient. FREUD S. (33,34,35, 36) a étudié la perte de l'objet aimé chez le sujet normal et chez le déprimé mélancolique. Dans le deuil normal, il y a perte consciente et réelle d'un objet d'amour surmonté par le sujet, au contraire chez le mélancolique il y aurait identification narcissique avec un objet d'amour perdu au cours de l'histoire infantile. Cet objet qui a déçu l'enfant serait intériorisé sous forme d'un mauvais objet au point de fusionner avec le "moi" de l'enfant. Devenu adulte, le mélancolique développerait son auto-agressivité destinée au mauvais objet contre son propre "moi"

puisqu'il ne peut plus les dissocier.

Cette notion est classique et bien connue, nous ne la rappelons que pour vérifier si en pratique chez des suicidaires déprimés mélancoliques suivis en psychothérapie, elle explique l'auto-agressivité que développe le sujet dans son désir intense de mort.

Le problème de la tentative de suicide pendant l'adolescence semble plus d'actualité. Parmi les auteurs modernes, le regretté A. HAIM (47) apporte une contribution essentielle à ce problème du suicide chez l'adulte jeune et surtout l'adolescent. Il étudie particulièrement le monde de l'adolescence et la vision déformée qu'en a l'adulte à travers ses stéréotypes défensifs et les idées qu'il veut en avoir pour se rassurer lui-même. L'adulte, en effet, ne supporte pas que l'adolescentpuisse attenter à sa vie, porter un instinct de mort en lui et ainsi refuser le monde que lui, adulte, lui offre. Le suicidaire par son acte remet en cause le système défensif que la société et chaque adulte ont construit pour se protéger de la mort et pour ignorer les pulsions de mort que chaque être humain porte en lui. Il rappelle que le suicide constitue la seconde cause de mortalité chez l'adolescent immédiatement après les accidents.

En résumé, nous tenterons d'étudier les aspects cliniques actuels des tentatives de suicide, afin de vérifier notre hypothèse de travail.

Sont-ils vraiment caractérisés par des éléments nouveaux en particulier la fréquence accrue des tentatives au cours de l'adolescence ?

Cette proportion apparemment en permanente augmentation correspond-elle à la réalité et dans l'affirmative, peut-elle être expliquée par des facteurs psychologiques ou sociaux ?

Par ailleurs, les conduites suicidaires chez le sujet jeune et chez l'adolescent expriment-elles vraiment une demande d'aide?.Ces conduites suicidaires posent en effet un problème grave qui ne peut être éludé par l'adulte et le psychiatre, ce sont elles qui posent avec le plus d'acuité non seulement le problème du traitement mais surtout le problème angoissant d'une récidive suicidaire possible et aucune aide n'est apportée au sujet après sa tentative. Ceci conduit alors à se demander s'il est possible au psychiatre et à l'équipe médicale d'avoir une réelle prise sur les problèmes posés par l'acte suicidaire en particulier si il est possible d'empêcher la survenue d'une recidive et de réaliser une prophylaxie réelle et efficace de la conduite suicidaire chez le sujet jeune mais surtout chez l'adolescent.

LE MATERIEL D'ETUDE

A. Le Matériel Utilisé

Il comprend les cas d'observations cliniques de tentatives de suicide recencés dans le Service de Neurologie et le Service de Psychiâtrie Générale et Infantile du C.H.U. de Reims.

L'étude porte sur 690 Observations de suicidaires vus en consultations hospitalières pendant une période de 5 ans ½ -du 1er janvier 1965 au 30 Juin 1970- ainsi que sur 406 observations de suicidaires hospitalisés pendant une période de 2 ans ½ -du 1er janvier 1968 au 30 juin 1970.

Pendant les périodes indiquées, l'étude concerne la totalité des tentatives de suicide hospitalisées en Service spécialisé et des tentatives observées au cours des consultations hospitalières régulières. Un certain nombre de suicidaires hospitalisés sont vus à l'occasion d'autres consultations -consultations de clientèle privée des Psychiatres Hospitaliers ou Rémois qui les font directement hospitaliser, et tentatives vues par l'Interne de Garde en Psychiatrie du C.H.U. de Reims.

La plupart des suicidaires avant la consultation hospitalière de Psychiâtrie ont été hospitalisés auparavant dans le Service d'Urgence et de Soins Intensifs depuis la création de celui-ci.

Nous avons utilisé les statistiques établies par ce Service concernant la période d'Octobre 1967, jusqu'à mai 1970.

Le matériel comprend par ailleurs l'étude psychologique de 37 cas d'adolescents suicidaires.

Nous avons enfin étudié les suicides réussis officiellement recencés par le Bureau Municipal d'Hygiène de la Ville de Reims pendant la période du 1er janvier 1965 au 30 Juin 1970. Nous avons pu ainsi comparer la frequence et certaines caractéristiques des suicides réussis avec celles des tentetives de suicide précédemment observées [illegible] durant la même période.

Nous avons, en effet, évité de compter deux tentatives dans le cas d'un suicidaire vu d'abord en consultation puis hospitalisé.

B. Le Protocole Expérimental

Nous avons étudié chaque cas sous un double aspect : statistique puis clinique.

- l'étude statistique concerne différents facteurs : le nombre, le sexe et l'âge des suicidaires, -établis par périodes de dix ans à partir de 21 ans, l'âge exact de chaque adolescent est établi jusqu'à 21 ans- les modalités, les motivations apparentes ainsi que la proportion des affections psychiatriques et des récidives suicidaires. Nous avons, par ailleurs, étudié l'apparente périodicité des tentatives de suicide.

- l'étude clinique: Après les facteurs déjà étudiés, recherche la symptomatologie -tels que troubles dépressifs ou caractériels- présentés par le suicidaire au moment de l'hospitalisation. Pour vérifier l'hypothèse de la signification psychologique des conduites suicidaires au cours de l'âge adulte jeune et surtout au cours de l'adolescence, nous avons étudié sur le plan affectif les structures familiales et les relations qui en découlent entre le

suicidaire et son entourage socio-familial.

Nous avons résumé 107 Observations cliniques de tentatives de suicide pendant l'âge adulte et l'adolescence.

L'étude psychologique n'est pratiquée que chez un petit nombre d'adolescents suicidaires (37 cas), afin de déterminer si elle pourrait éventuellement être utilisée dans le but de prévenir une récidive suicidaire et même dans un but de propulaxie de la tentative chez l'adolescent en difficultés sur le plan psychologique.

LES OBSERVATIONS

Les Observations des Tentatives de Suicide vues dans le Centre Hospitalier Régional Universitaire sont illustrées dans une première partie statistique par des Tableaux.

L'aspect clinique actuel est ensuite étudié dans les observations cliniques proprement dites.

L'étude psychologique de ces adolescents suicidaires termine ce chapitre.

STATISTIQUES : CONSULTATIONS HOSPITALIERES

	TOTAL	ADULTES	HOMMES	FEMMES	ADOLESCENTS	GARCONS	FILLES
965							
966	173	119	38	81	54	8	46
967	118	71	20	51	47	11	36
968	126	80	26	54	46	11	35
969	191	107	28	79	84	11	73
970	82	53	24	29	29	4	25
	690	430	136	294	260	45	215
		62,32 %	31, 62 %	68,37 %	37,68 %	17, 30 %	82, 69 %

TENTATIVES DES HOSPITALISES

	TOTAL	ADULTES	HOMMES	FEMMES	ADOLESCENTS	GARCONS	FILLES
968	115	71	21	50	44	15	29
969	190	122	37	85	74	16	58
970 six mois	95	59	15	44	36	6	30
	406	252	73	179	154	37	117
		62, 06 %	28, 96 %	71, 03 %	37, 93 %	24, 02 %	75, 97 %

TABLEAU N° 1

AGE DES ADULTES EN CONSULTATION

	22 à 30 ans		31 à 40 ans		41 à 50 ans		51 à 60 ans		61 à 70 ans		après 70 ans		TOTAL
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	
1965													
1966	9	26	10	23	7	13	6	10	4	6	2	3	119
1967	3	18	8	15	4	12	3	3	1	2	1	1	71
1968	11	22	9	15	0	12	2	5	0	1	2	1	80
1969	15	28	5	29	4	17	3	2	1	2	1	1	107
1970	12	10	9	7	0	5	2	1	1	2	0	3	53
	50	104	41	89	15	59	16	21	7	13	6	9	430
	154 : 22,32 %		130 : 18,84 %		74 : 10,72 %		37 : 5,36 %		20 : 2,89 %		15 : 2,17 %		

TABLEAU N° 2

REPARTITION SELON L'AGE DES ADULTES HOSPITALISES

	22 à 30 ans		31 à 40 ans		41 à 50 ans		51 à 60 ans		61 à 70 ans		après 70 ans		TOTAL		
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	H		F
1968	7	16	5	16	2	11	3	4	2	3	2		21	71	50
1969	17	33	13	29	3	15	2	5		5			37	122	85
1970	5	13	6	12	3	9	1	6	1	3			15	59	44
	29	62	24	57	8	35	6	15	3	11	2		73	252	179
TOTAL	91		81		43		21		14		2		252		
	22,41 %		19,95 %		10,59 %		5,17 %		3, 44 %		0,49 %				

TABLEAU N° 3

MODALITES DES CONSULTATIONS - INGESTIONS VOLONTAIRES (Admises)

TABLEAU I ° 4

	TOTAL	Hypnogènes	Tranquillisants	Divers	Mixtes	Inconnus	Autres	Ingestions
1965								
1966	87	37	20	14	12	2	2	(Eau de Javel - Insecticide)
1967	53	20	7	20	4	1	1	(Mercurochrome)
1968	71	24	12	22	7		6	(Alcool - Raticide - Insecticide - Digitaline - Cuiller
1969	83	18	16	26	9	5	6	(Alcool + Comprimés divers)
							1	(1 Digitaline)
1970	43	10	17	10	5		1	(Fourchette)
	343	109	72	92	37	8	17	
	79,7%							

AUTRES MODALITES SELON LE SEXE

	TOTAL	Pendaison		Asphyxie + Ingestions		Section des veines		Noyade		Précipitation Défenestration		Arme à feu		Arme blanche		Autres Motos	
		Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	H.	F.	Hommes	Femmes	Homm.	Femm.	Homm.	Femm.	H.	F.
1965																	
1966	32	5		1	4	2	4	4	2	1	1	1			1	1	3
1967	18	3		1		4	3	1	1			1		1		1	1
1968	9	1		1	1	1	1	2									1
1969	18		1	1	3	3	2		2		2					1	1
1970	10	1			2	3		1			3						1
	87	10	1	5	10	13	10	8	5	1	6	2		1	1	3	7
		11		14		23		13		7		2		2		10	
	23%																

MODALITES SUICIDAIRES DES ADULTES HOSPITALISES

	Nbre Total de tentatives		Ingestion			Barbitu-riques		Tranquil-lisants		Divers		Associés		Variés		Inconnus	
	Hom.	Fem.	H	F	Total	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	H	F	Hom.	Fem.	H.	F.	Hom.	Fem.
1968	21	50	15	41	56	7	18	5		1	9	6	8		1*	1	
1969	37	85	29	71	100	11	32	5	12	8	17	3		1**		1	
1970	15	54	9	37	46	2	15	1	11	2	8						
	73	179	53	149	202	19	66	6	28	11	34	13	21	1	1	2	
	252		80,1 %			85		34		45		34					
			72,7 %			44 %		16, 8 %		17,8 %		16,8 %					
			83,2 %														

1* : insecticide 1** : alcool à brûler

	Autres Modalités		Asphyxie simple + inges				Section veines simple + comb				Noyade		Arme blanche		Arme à feu		Pend. Stran		Défenestr. Précipita.		Variés	
	Hom.	Fem.	H		F		H		F		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
1968	6	9	2	2		1	2			1		2	1		1			2		1		1
1969	8	14	2	2		2	3	4		1							2	1	2	1		1
1970	6	7		1		1	2	1					1		1	1	1		1	1		2
	20	30	4	5		4	7	5		2		2	2		2	1	3	3	3	3		4
	50		13				14				2		2		3		6		6		4	
	19,8 %		26 %				28 %				0,75%		0,75 %		1,15%		2,3 %		2, 3 %		1,5 %	

TABLEAU N° 5

MOTIVATIONS APPARENTES : ADULTES EN CONSULTATION

	CONFLIT CONJUGAL			CONFLIT SENTIMENTAL			CONFLIT FAMILIAL			CONFLIT PROFESSIONNEL			DIVORCES-SEPARATIONS		
	hommes	+	femmes	hommes	+	femmes	hommes	+	femmes	hommes	+	femmes	hommes	+	femmes
1965 1966	4	+ + + +	16	3	+ + + +	6	2	+ + + +	2	2	+ + + +	2	3	+ + +	12
1967	2	+ + +	11	1	+ + +	3	1	+ + +	5	3	+ + +		2	+ + +	3
1968	6	+ + +	16	2	+ + +	4		+ + +	2	2	+ + +	2	1	+ + +	3
1969	7	+ + +	27	1	+ + +	14	4	+ + +	7	2	+ + +	1	3	+ + +	4
1970	5	+ + +	5	4	+ + +	3	2	+ + +	4	2	+ + +	1	1	+ + +	2
TOTAL	22.	+ +	75	11	+ +	33	9	+ +	20	11	+ +	6	10	+ +	26
		92			44			29			17			36	
		22, 5 %			10, 2 %			6, 7 %			3, 9 %			8, 3 %	

TABLEAU N° 6

MOTIVATIONS DES ADULTES HOSPITALISES

	PROBLEME CONJUGAL		DIVORCE SEPARATION		PROBLEME FAMILIAL		PROBLEME SENTIMENTAL		PROBLEMES FINANCIERS ET PROFESSIONNELS		PROBLEME MIXTE + FAMILIAL		CAS SOCIAL		MALADIE ORGANIQUE		SOLITUDE	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	H.	F.	Hom.	Fem.	Hommes	Femmes
1968	3	12	1	5	1	3	1	5	1	1		1	1	2	2		2	2
1969	5	26	3	6	5	10	2	3	1	2	3	5	4	3	2	1	3	4
1970	2	15	1	11	4	5		2	1		2	1	1	4	1			2
	10	53	5	16	10	18	3	10	3	3	5	7	6	9	5	1	5	8
	63		21		28		13		6		12		15		6		13	
	28,9 %		8,3 %		11,1 %		5,8 %		2,3 %		4,7 %		5,9%		2,3 %		5,5 %	

TABLEAU N° 7

SUICIDAIRES PSYCHIATRIQUES VUS EN CONSULTATION (ADULTES)

	Mélancoliques		Psychoses Délirantes		Schizophrènes		Dépressions Atypiques		Démences Séniles		Névroses	
1965	Hommes	Femmes	Hom.	Fem.	Hommes	Femmes	Homm.	Femm.	Hom.	Fem	Hom.	Fem
1966	9	8	2	3	1		2		1		1	
1967	3	6	3	2		1						
1968	2	8	1	1	2				1		1	
1969	4	10	1	2	1	2	1				2	
1970	4	6			1					2	1	
	22	38	7	8	5	3	3		1	3	1	4
	60 = 15,11 %		15= 3,4 %		8 = 1, 8 %		3 = 0,69 %		4=0,96%		5=1,16 %	

	Dépressions névrotiques		Dépressions Réactionnelles		Épileptiques		Caractériels graves		Ethyliques		Maladies Organiques	
1965	Homm.	Femm.	Hommes	Femmes	Homm.	Femm.	Homm.	Femm.	Homm.	Femm	Homm.	Femm.
1966	2	30	2	8	2	1	2	1	12	6	2	3
1967	2	16	3	10	1			2	2	3	1	5
1968	6	18	2	9		1	2	1	3	2	1	2
1969	4	25	2	10	1		4	2	1	2	1	2
1970	2	12	3	6	1		3	2	6	4	1	2
	16	101	12	43	5	2	11	8	24	17	6	14
	117=27,2 %		55 = 12, 79 %		7 = 1,65 %		19 = 4,4 %		41= 9,5 %		20 = 4,6 %	

TABLEAU N° 8

ADULTES SUICIDAIRES PSYCHIATRIQUES HOSPITALISES

	Mélancoliques		Délirants		Schizophrènes		Psychoses puerpérales		Dépressions névrotiques		Démences séniles	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
1968	7	21	2		1	1	2		6	14	1	1
1969	6	11	1	3	3	3	1		7	21		
1970	2	7			2	1	2		4	14		
	15	39	1	5	6	5	5		17	49	1	1
	54 : 21,1 %		6 : 2,3%		11 : 4,3 %		5 : 1,9 %		66 : 26,1%		2: 0,75%	

	Névroses Hystériques		Névroses Obsessionnelles		Autres névroses		Caractériels		Ethyliques		Epileptiques	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
1968		1		1	1	1	4	3	5	1	2	
1969		4	1	2	1	1	6	3	5	2	2	1
1970	1	3	1	1	2	3	6	1	3	4	1	1
	1	8	2	4	4	5	16	6	17	7	5	2
	9 : 3,9 %		6 : 2,3 %		9: 3,9%		22 : 8,7 %		24: 9,5 %		7 : 2,7 %	

TABLEAU N° 9

RECIDIVES SUICIDAIRES - ADULTES HOSPITALISES

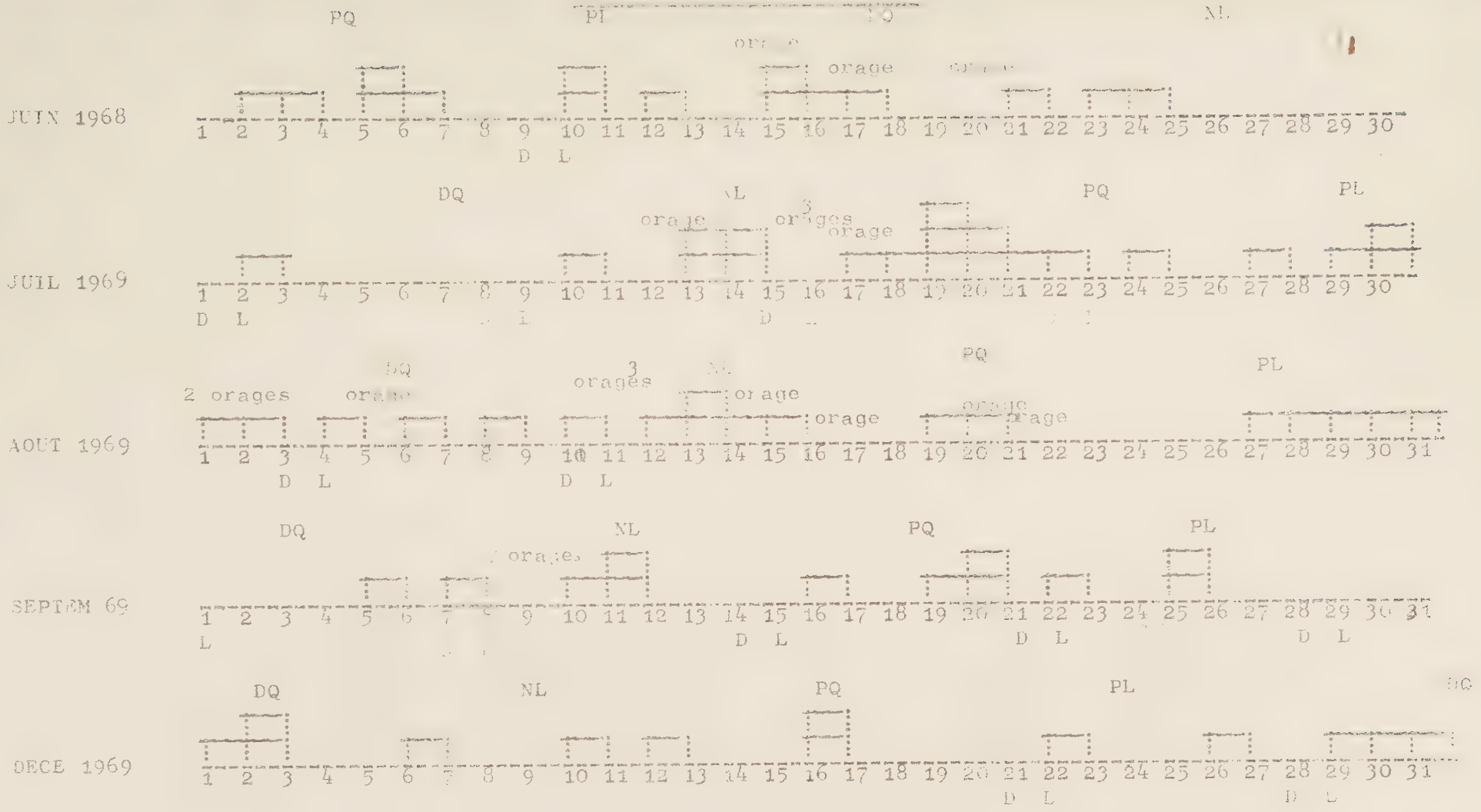
	SECONDE TENTATIVE		TROISIEME TENTATIVE		QUATRIEME TENTATIVE ET PLUS		TOTALITE	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1968	3	13	2	1		1	5	15
1969	4	19		5	1	5	5	29
1970	3	9		3		2	3	14
	10	41	2	9	1	8	13	58
	20, 2 %		4, 3 %		3, 5 %		28,17 %	

RECIDIVES SUICIDAIRES - CONSULTATIONS ADULTES

	SECONDE TENTATIVE		TROISIEME TENTATIVE		QUATRIEME TENTATIVE ET PLUS		TOTALITE	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1965								
1966	4	7	2	2		1	6	10
1967		6	1			2	1	8
1968	1	1	1	1	1	2	3	4
1969		9	1	2	1	1	2	12
1970		6	1				1	6
	5	29	6	5	2	6	13	40
	7, 9 %		2, 4 %		2 %		53 = 12, 3 %	

TABLEAU N° 10

PERIODICITE DES TENTATIVES



tentatives de suicide en fonction du diagramme.

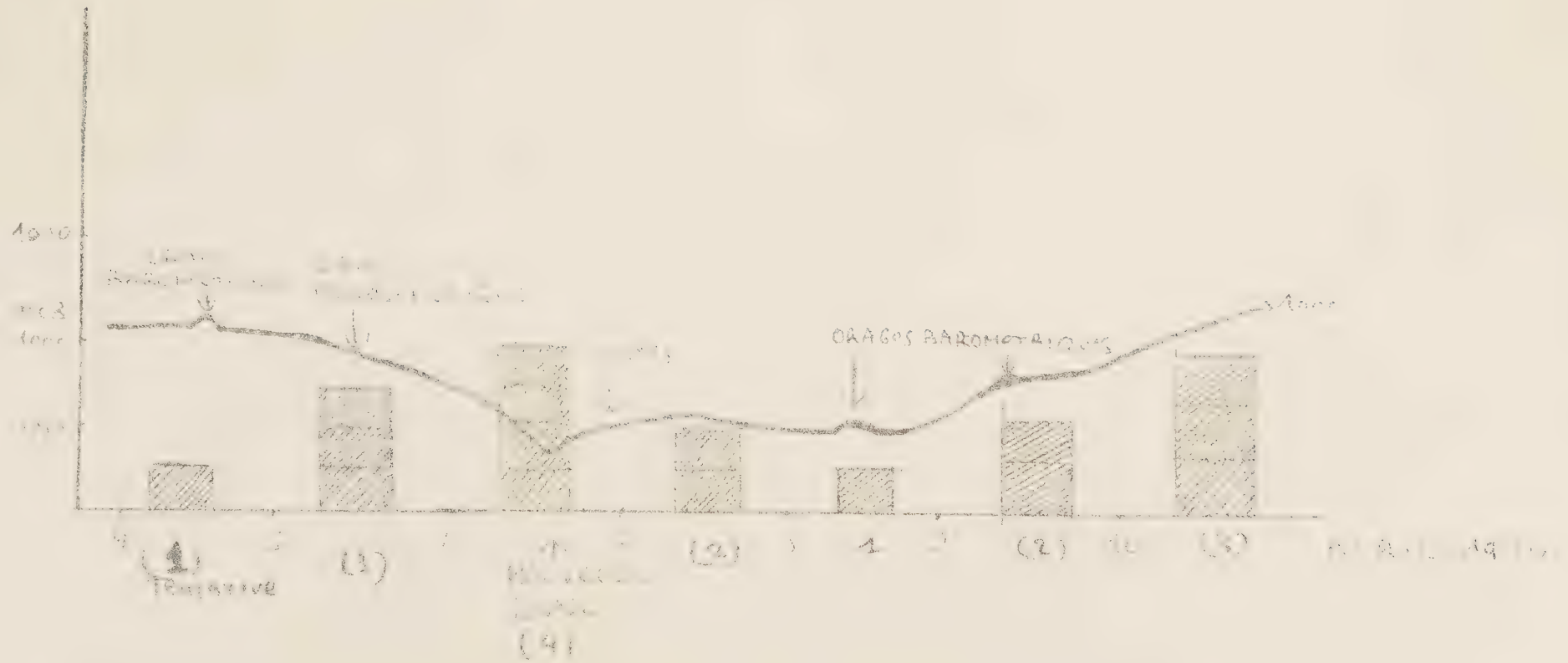
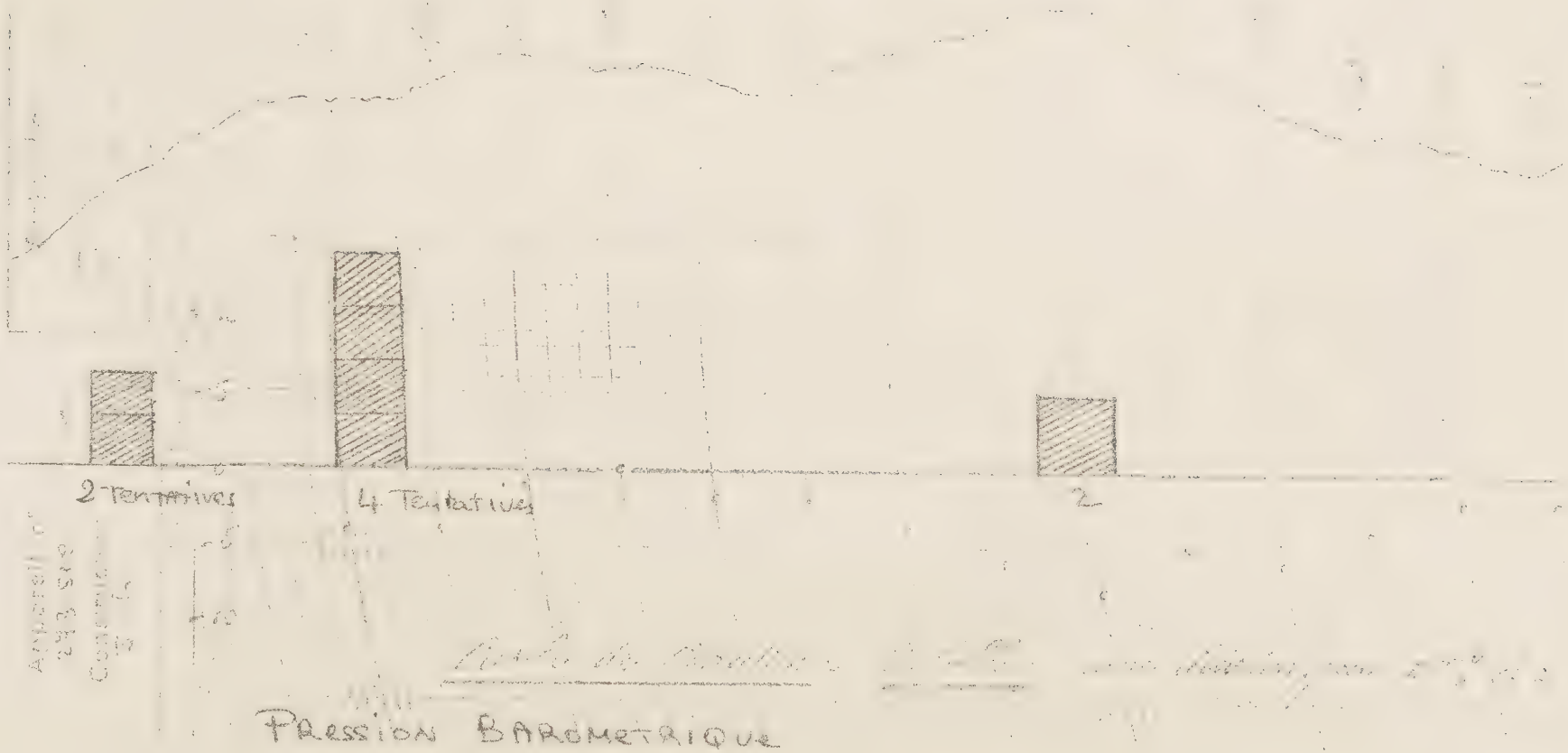


TABLEAU n° 12

19

PLEINE LUNE



PRESSION BAROMETRIQUE

TABLEAU nº 13

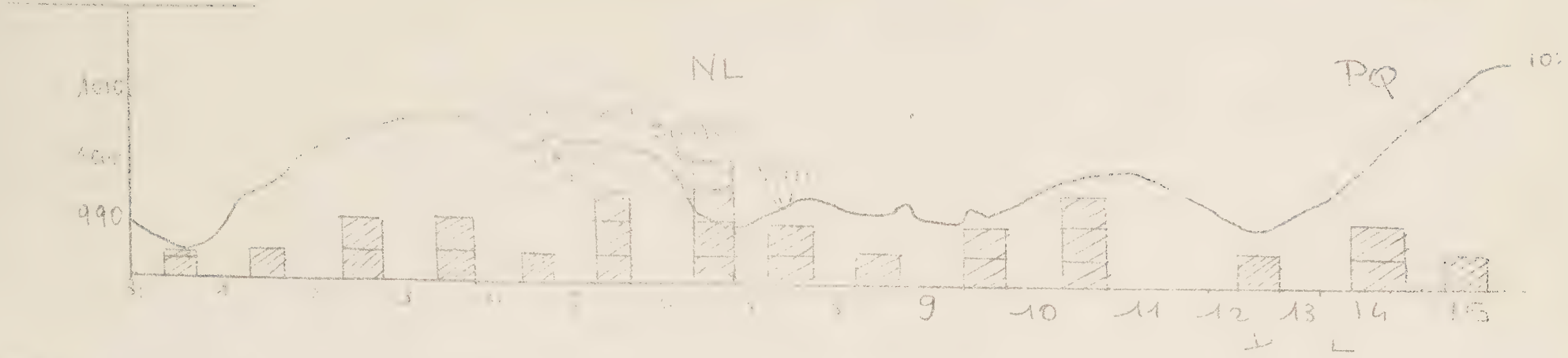
PLEINE LUNE

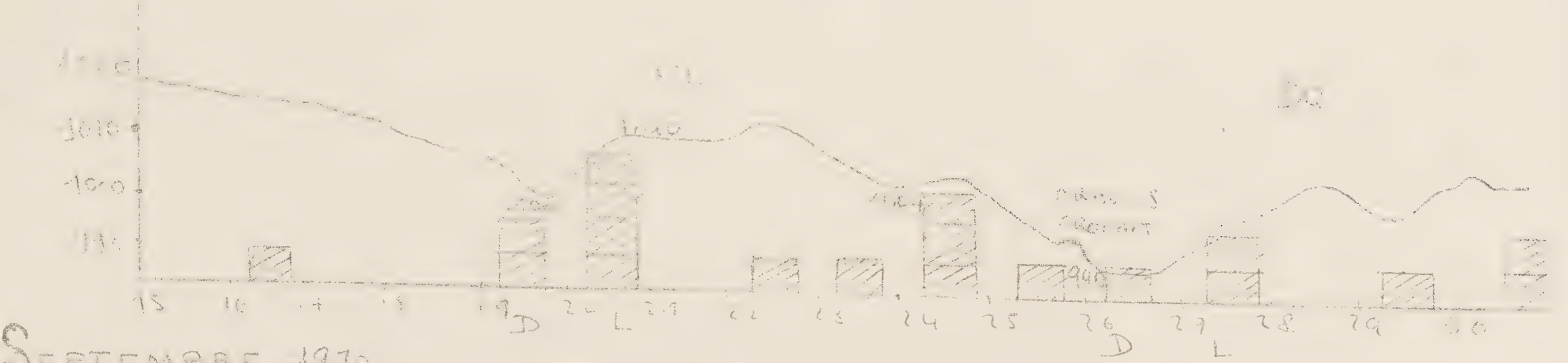
PRESSION BAROMETRIQUE : DIAGRAMME.
SEPTEMBRE 1970

TABLEAU n° 14

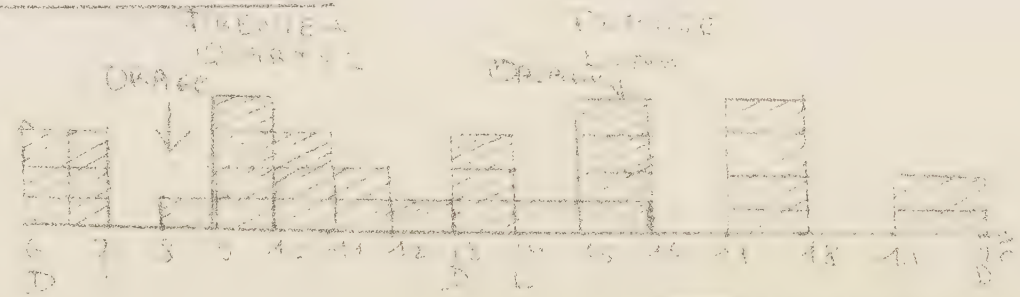
PRESSIONS BAROMETRIQUES.

AVRIL 1911





SEPTEMBRE 1910



CYCLE LUNAIRE ET ORAGES

TABLEAU N° 45

AGE DES ADOLESCENTS EN CONSULTATION

	13 ans		14 ans		15 ans		16 ans		17 ans		18 ans		19 ans		20 ans		21 ans		TOTAL
	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	hom.	fem.	
1965 1966		1				3		4	4	10	4	9		10		2		7	54
1967					1	3	2	8	3	7	2	12	1	4	1		1	2	47
1968			1	1		4		2	3	7	4	6	2	4	1	3		3	46
1969				1		4		3	3	9	1	18	2	17	4	12	1	9	84
1970				1		4		1		5	1	3	2	6	1	2		3	29
TOTAL		1	1	3	1	18	2	18	13	38	12	48	7	46	7	19	2	24	260
	2		5		20		22		51		60		53		26		26		
	0,7 %		1,9 %		7,6 %		8,4 %		19,6 %		23,07 %		20,3 %		10 %		10 %		

TABLEAU N° 16

REPARTITION DES ADOLESCENTS HOSPITALISES SELON L'AGE

	11 ans		12 ans		13 ans		14 ans		15 ans		16 ans		17 ans		18 ans		19 ans		20 ans		21 ans	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
1968							3		2	3	2	2		7	3	4	5	7	1	1	4	2
1969							2			6	3	6	1	7	3	8	3	12	4	10	3	7
1970	1				1		2			2	1	6		4		5	2	4		1	2	2
	1				1		7		2	11	6	14	1	18	6	17	8	23	5	12	9	11
TOTAL	1		1		7			13		20		19		23		31		17		20		
	0,6%		0,6%		4,5 %			8,4 %		12, 9 %		12, 3 %		14,83 %		20,01 %		11,0 %		12, 9 %		

TABLEAU N° 17

MODALITES DES TENTATIVES CHEZ LES ADOLESCENTS VUS EN CONSULTATION

Année	Nombre	Comprimés	Mixtes	Barbituriques	Tranquilisants	Divers	(Antalgiques)	Inconnus
1965 1966	54	42	3	12	8	14	(8)	5
1967	47	41	3	9	8	19	(9)	2
1968	46	44	2	11	5	19	(12)	7
1969	84	75	10	18	16	31	(14)	
1970	29	23	4	10	2	7		
TOTAL	260	225	22	60	39	90	(44)	14
		86,53 %	9,7%	26,6%	[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,2 %

Par ingestion médicamenteuse : [illegible]

PAR AUTRE [illegible] [illegible]

Année	Nombre	Section de veines simple-associée			Asphyxie	Précipitation Défenestration	Noyade	Alcool + comprimés	Suppositoires	Divers
		+ comprimés		+ Asphyxie						
1965 1966	11	4	3		1	1	2	1		
1967	6	4			1					1 coiture
1968	2	1			1					
1969	9	2	2			2	1	2	1	2
1970	7	1	2	1	1	1				1 eau de javel
TOTAL	35	12	7	1	4	4	3	3	1	4
	13,46 %	7, 30 %		0, 38 %	1, 5 %	1, 5 %	1, 1 %	1,1 %	0, 38 %	1,9 %

TABLEAU N° 18

MODALITES DES TENTATIVES D'ADOLESCENTS HOSPITALISES

INGESTION MEDICAMENTEUSE

Année		Hypnogènes	Tranquillisants	Divers	Salicylés	MIXTES
1968	38	14	3	16	(8)	6
1969	39	18 + 1	10	22	(8)	7
1970	28	8	5	11	(4)	5
	105	40	17	49	20	18

61,88%

AUTRES MODALITES

Année	Section veines simple	Section veines + comprimés	Asphyxie	Défenestration	Arme Blanche	Auto-étranglation	Divers
1968	2		1	1	1	1	
1969	4	1	2	3	2	1	1 voiture
1970	4	1	2	1			
	10	2	5	5	3	2	1

28 = 18,18 %

TABLEAU N° 19

MOTIVATIONS APPARENTES DES ADOLESCENTS

Années	Problème Familial		Problème Familial et Sentimental		Problème Sentimental		Problème professionnel		Problème scolaire		Problème conjugal	
	Hommes	femmes	Hommes	femmes	Homm.	femm.	Homm.	femms.	Hommes	femmes	Hommes	femmes
1968	4	9	1	2	1	7	2	3	2	3		1
1969	2	15		4	4	13		3	1	4		1
1970	1	12		6	1	7			3	1	1	
	7	36	1	12	6	27	2	6	6	8	1	2
	27,91 %		8,4 %		21,42 %		5,1 %		9,1 %		1,4 %	

TABLEAU N° 20

ADOLESCENTS HOSPITALISES PSYCHIATRIQUES

	Schizo-phrénies		Psychose Atypique		Maniaco-Délirantes		Psychoses Puerpérales		Caractéropathies sévères	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hommes	Femmes
1968	5	4		1	1	4		1	3	3
1969	1	3	1	3	1			1	3	8
1970	2	8		1				1	1	6
	8	15	1	5	2	4		3	7	17
	23		6		6		3		24	
	14,93%		3,8 %		3,8 %		1,9%		15,5 %	

	Cyclo-thymiques		Hystéro-épilepsie		Conflictuel		Névrose phobique et infantile			Débilité		Homosexuels	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hommes		Femmes	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
1968		2			1	2			1		1	1	
1969		2		2		1				2	1		
1970		2		2		1	1			1		1	
		6		4	1	4	1		1	3	2	2	
					5		2			5		2	

TABLEAU N° 21

RECIDIVES DES ADOLESCENTS EN CONSULTATION

	PREMIERE TENTATIVE		SECONDE TENTATIVE		TROISIEME TENTATIVE		[illegible] TENTATIVE		AU-DELA	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1965										
1966				3		3				
1967				2		1			X	
1968			1	2		2			1	
1969			2	5	1	2				
1970			1	5						
			4	17	1	8	1		1	32
			8, 07 %		3, 4 %		0,38		0,38	12,3%

RECIDIVES DES ADOLESCENTS RESIDUALES

	PREMIERE TENTATIVE		SECONDE TENTATIVE		TROISIEME TENTATIVE		[illegible] TENTATIVE		AU-DELA		Total
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	H	F	
1968			3	2		1			2	1	9
1969				7			1	1		1	10
1970			1	7	1						9
			4	16	1	1	1	1	2	2	28
			12, 9 %		1, 2 %		1, 2 %		2, 5 %	18, 18 %	

ADOLESCENTS SUICIDAIRES EN CONSULTATION

	Tentatives Totales	Divorcés	Père décédé	Mère décédée	Malades internés	Assistance Publique	Enfance parentale	Mariés	Mères célibataires
1965									
1966	54	9	3	2	1	3	6	5	2
1967	47	6	4			2	5	4	1
1968	46	3	3	1	1	2	4	2	1
1969	84	9	8	2	2	5	6	8	4
1970	25	4	3	1	1	1	4	1	
	256	34	21	6	5	13	25	20	8
	30,6 %	13 %	8,07 %	2,6 %	1,9 %	5 %	9,6 %	7,6 %	3 %

ADOLESCENTS SUICIDAIRES HOSPITALISES

	Tentatives Totales	Divorcés	Père décédé	Mère décédée	Malades internés	Assistance publique	Enfance parentale	Mariés	Mères célibataires	Séparation de la prime enfance
1968	43	5	2	1	3	1	9	1		6
1969	74	12	8	3	5	7	14	5	2	7
1970	36	9	2		2	3	6		1	6
	153	26	12	4	8	11	33	6	3	19
	39,31 %	16,7 %	7,8 %	2,6 %	5,2 %	7,01 %	21,5 %	3,9 %	1,96 %	12,4 %

Structures Physiquement incomplètes.

STATISTIQUES DU SERVICE D'URGENCE ET DU SERVICE DE SOINS INTENSIFS

PORTANT SUR LES INTOXICATIONS VOLONTAIRES

D'octobre 1967 à mai 1970, le Service d'Urgences et de Soins Intensifs a traité - en service de porte et secteur d'hospitalisation -, 438 intoxiqués volontaires, se répartissant suivant le sexe en :

- 327 femmes soit 74,6 %
- 111 hommes soit 25,6 %

soit pratiquemment 3 femmes pour un homme.

Suivant le sexe et l'âge nous obtenons le proportions suivantes :

chez les femmes :	7 avaient moins de 15 ans	: 2,2 %
	80 avaient moins de 15 à 20 ans	:24,3 %
	80 avaient de 20 à 30 ans	:24,3 %
	122 avaient de 30 à 50 ans	:37,3 %
	38 avaient plus de 50 ans	:12 %
chez les hommes :	aucun de moins de 15 ans	: 0 %
	14 avaient de 15 à 20 ans	:12,6 %
	28 avaient de 20 à 30 ans	:25,2 %
	16 avaient plus de 50 ans	:14,4 %
	53 avaient de 30 à 50 ans	:47,7 %

Parmi ces intoxiqués volontaires, 280 n'avaient absorbé qu'une seule drogue, les autres étaient des intoxiqués mixtes -associant 2,3 voire 4 et 5 médicaments -.

Largement prédominants :
- les barbituriques : 22[illegible] cas

Puis assez loin :
- les tranquillisants : [illegible]2 cas

Viennent ensuite par fréquence décroissante :
- les drogues diverses -diurétiques, analeptiques et toni-cardiaques, désinfectants...-

- l'inhalation d'oxyde de carbone :	58 cas
- des phénothiazines:	57 cas
- des salicylés :	46 cas
- des Imipramines:	2[illegible] cas
- des Organophosphorés:	4 cas
- de l'alcool:	1[illegible] cas
- des IMAO:	3 cas

Sur le plan évolutif décès:0.

Lors de la sortie des malades du Service, la ventilation d'un échantillonnage des 300 intoxiqués se compose ainsi :

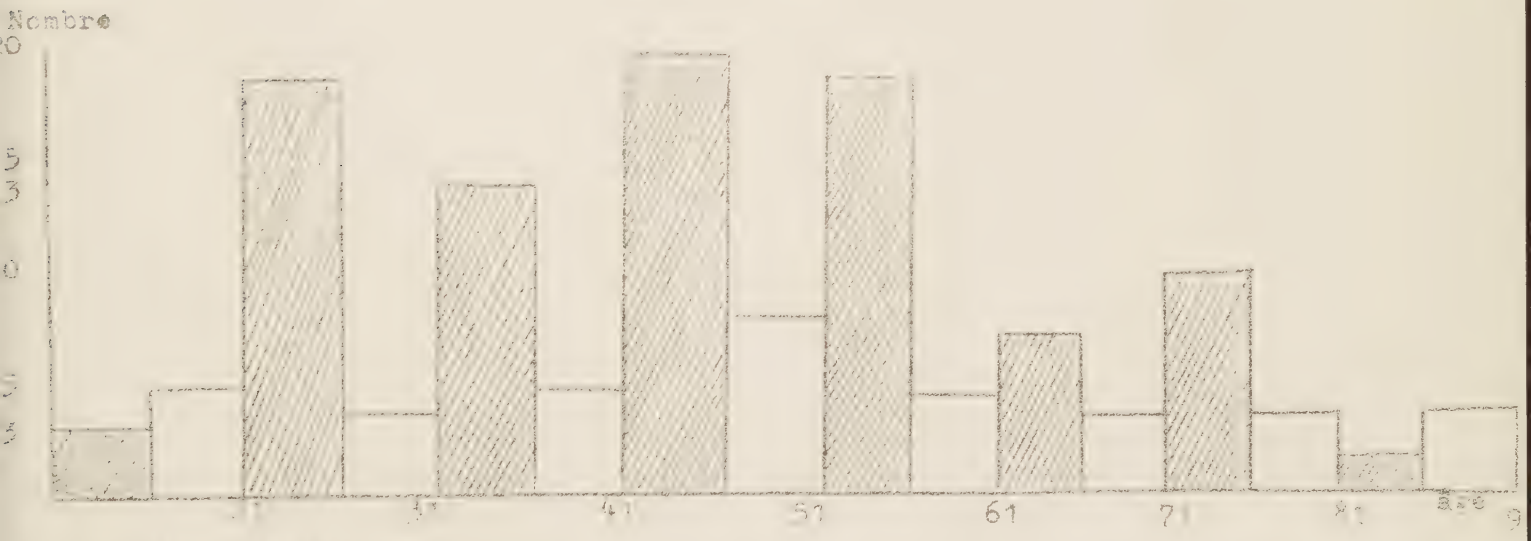
- 25 sont dirigés sur le Services de Psychiâtrie du C.H.U.
- 12 sont dirigés sur l'Hôpital Psychiâtrique de Châlons Sur-Marne,
- 13 quittent l'hôpital contre avis médical.
- les 50 autres sont confiés aux Services de Medecine du C.H.U., ou rentrent directement à leur domicile après consultation psychiâtrique.

Tableau n° 24

SUICIDES DECES REMOIS

	Nombre TOTAL	ADULTES	H	F	ADO-LESCENTS	G	F
1965	30	27	18	- 9	3	1	2
1966	19	17	15	2	2	2	
1967	20	18	13	- 5	2		2
1968	20	20	17	- 3			
1969	31	30	18	12	1		1
1970	111	11	9	- 2			
	131	123	90	33	8	3	5

SUICIDES ADULTES selon le sexe et l'âge - gris = Hommes
- blanc = Femmes



SUICIDES ADOLESCENTS

TABLEAU N° 25

SUICIDES REUSSIS SELON L'AGE

AGE	18 ans		19 ans		20 ans		21 ans		22-30		31-40		41-50		51-60		61-70		71-80		81-100	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
	1	2	1	2	1	1			18	3	13	5	20	[illegible]	18	5	8	4	11	4	2	4
	3		3		2				21		18		[illegible]		23		12		15		6	
			8						17 %		[illegible]		28,7 %		18,6%		9,7%		12,1%		4,8%	

MODALITES DES SUICIDES REUSSIS

	Pendaisons		Noyades		Ingestions		Asphyxie + Ingestion associée			Arme à feu		Arme blanche	
	Hom.	Fem.	H	F	Hom.	Fem.	Hommes	F	Femmes	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
	40	7	11	10	12	9	9	7	1	12	3	1	0
	47		21		21		17			15		1	
	25, 8 %		16 %		16 %		12, 9 %			11,4 %		0,8 %	

	[illegible]		Défenestration		Electrocution		Indéterminée	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
	4	0	2		1		1	
	4		2		1		1	
	3, 05 %		1, 5 %		0, 8 %		0, 8 %	

[illegible] DES ADOLESCENTS

	17 ans		18 ans		19 ans		20 ans		21 ans	
	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.	Hom.	Fem.
Ingestion			1			1				
Arme à feu					1	1	1			
Asphyxie										
			1	2	1	2	1	1		

L E S O B S E R V A T I O N S C L I N I Q U E S

TENTATIVES DE SUICIDE DU SUJET AGE

Obs. N° 1 :

Marguerite née le 03.07.1899., est pensionnaire d'un hospice qui nous l'adresse le 13.5.69., après tentative d'autolyse par section des veines du poignet avec des ciseaux. Elle présente une dépression réactionnelle. Cette sénile isolée se croit mal aimée dans l'hospice. Elle a déjà été transférée d'urgence dans un Hôpital Psychiatrique pour état dépressif mélancolique, sa tentative survient dans un "moment de cafard" parce qu'on lui interdisait de sortir de l'hospice. Murée dans sa solitude, elle se console avec la boisson, se croyant abandonnée de tous, elle a voulu réellement se tuer.

Obs. N° 2 :

Louise née le 04.07.1897, hospitalisée le 15.7.67., après tentative d'autolyse par ingestion d'Equanil. Elle vit seule depuis la mort de son mari, elle ne supporte pas la solitude. La dépression est mélancolique avec une insomnie et des thèmes hypocondriaques. Elle sort améliorée par une cure d'anti-dépresseurs et doit habiter chez une fille.

Seconde tentative le 23.3.69., par ingestion médicamenteuse : rechute dépressive mélancolique, elle est hospitalisée en grande maison, loin de son fils. L'humeur mélancolique régresse après une cure de Clomipramine intra-veineuse. Le fils la reprend à son domicile après lui avoir trouver un appartement à proximité du sien. Pas de récidive depuis cette date.

Obs. N° 3 :

Joseph né le 30.09.1893. tente de se suicider le 21.1.68., par arme blanche. Sa femme est décédée depuis peu, il reste avec sa fille divorcée et ses deux enfants turbulents. Un dimanche le vieillard est pris de panique à la pensée de rester seul dans sa grande maison. Il veut mourir. D'après sa fille, depuis quelque temps, inhibé, il restait des heures dans le noir, avec ses idées de suicide, et répète que sa corde est prête. Elle-même se dit déprimée et ne dort plus. Il sort après amélioration de son humeur mélancolique, dès qu'une solution familiale est trouvée.

TENTATIVES DE SUICIDE APRES LA CINQUANTAINE

Obs N° 4 :

Jean est né le 22.9.1916., aide-comptable, il a deux enfants mariés, il présente une dépression mélancolique franche. L'hôpital de BETHEL le transfère le 27.4.70., après tentative de suicide par arme à feu. Les plombs de la cartouche tirés dans la tempe sont heureusement localisés dans la région rétro-orbitaire droite. Le syndrome dépressif débute en 1961 et évolue favorablement sous traitement. En 1965, Jean supporte bien un premier changement d'emploi. Mais en février 70, à la faveur d'un nouveau changement d'emploi et de logement, une rechute dépressive se produit avec anorexie et insomnie. Il résiste de son mieux pendant 15 jours, son médecin prévoit son hospitalisation dans le service de psychiatrie du C.H.U., mais devant l'urgence psychiatrique, doit le faire admettre en service libre à l'Hôpital Psychiatrique. Un traitement par Laroxyl et Valium améliore l'humeur mais ne fait pas disparaître l'insomnie. Elle persiste après la sortie, puis réapparaissent les idées noires. Il essaie de se raccrocher à ses enfants, mais un samedi, son médecin envisage une reprise du travail. Le malade passe une nuit blanche. Il rumine ses idées mélancoliques, il ne pourra plus jamais retravailler, il représente une charge pour sa famille, il a tout pris en grippe, son entourage, sa maison, il se sent si seul, il ne lui est plus possible de continuer à vivre ainsi.. Au petit matin, il prend sa carabine et se tire une cartouche dans la tempe. Jean est traité par perfusions intra-veineuses de Chlomipramine à doses élevées pendant 16 jours relayée par la voie orale. Une hépatite ictérigène vraisemblablement causée par l'admission prolongée d'anti-dépresseurs et de chlorpromazine nécessite l'arrêt de la chimiothérapie, aussi une rechute reste à craindre après sa sortie. Mais revu en consultation, Jean est souriant, l'amélioration thymique ne s'est pas démentie, il dort bien et a même supporté la déconvenue de licenciement professionnel.

Obs N° 5 :

Anne-Marie née le 30.5.1920., est hospitalisée pour ulcère variqueux chez une tiers, elle [illegible] au but d'autolyse au Sonuctane au cours d'un accès dépressif mélancolique. Anne-Marie est veuve depuis 18 ans, 3 enfants mariés ne peuvent la garder chez eux, si l'état dépressif semble, en partie, réactionnel à la situation familiale, elle ne peut vivre que chez une fille mère-célibataire de deux enfants et enceinte du troisième ; dans ce milieu familial peu propice à un réel repos elle ne sert qu'à garder les enfants. Elle présente une structure névrotique ancienne avec boulimie compensatrice expliquant son obésité. Elle a reporté ses exigences affectives sur ses petits enfants, elle se surmène, mais l'obésité et l'ulcère qui s'aggravent, rendent rapidement la malade grabataire et incapable de s'occuper des seuls objets d'amour qui lui restent en compensation : d'où les hospitalisations et les rechutes dépressives. En fait, Anne-Marie n'a pas supporté la mort de son mari, elle se vit comme rejetée et seule. Traitée par anti-dépresseurs et sismothérapie, au réveil de ses électro-chocs la malade sourit à travers ses pleurs et croit voir son mari à travers le médecin. L'état dépressif persiste tant que la malade n'accepte pas, enfin, un placement en maison de retraite.

Obs. N° 6 :

Anne née le 3.1.1919, absorbe de l'optalidon le 19.1.70, après une scène très violente. Dépression réactionnelle à un conflit conjugal ancien lié à l'éthylisme du mari brutal, dont l'attitude devient insupportable . D'origine étrangère, Anne connaît son mari prisonnier de guerre en Allemagne. Le mariage se révèle un échec, Anne est déjà partie pendant six mois du domicile conjugal. Elle est revenue à cause des enfants. Depuis huit ans, elle présente un syndrome dépressif avec des céphalées psychogènes, elle voulait mourir, mais n'a pas ouvert le gaz à cause des enfants. Un traitement anti-dépresseur par voie buccale améliore la thymie.

Obs. N° 7 :

Suzanne née le 3.12.1913. Tente de s'asphyxier par le gaz de ville et absorbe des neuroleptiques le 26.8.68. Institutrice, veuve depuis deux ans, les troubles dépressifs apparaissent après le deuil. Au retour de vacances, après le déménagement des enfants, s'installe alors un état mélancolique avec insomnie, idées noires et de mort, sentiment d'inutilité et d'incapacité. Le mardi, elle décide de se tuer, met en ordre ses papiers et le samedi, tente de mourir. Une soeur a présenté une psychose puerpérale mélancolique. Un traitement par anti-dépresseurs intra-veineuse entraîne une amélioration provisoire, mais une rechute peu après la sortie nécessite une réhospitalisation, et une sismothérapie qui guérit l'état mélancolique sans rechute ultérieure.

Obs N° 8 :

[illegible] est née le [illegible].1907, hospitalisée le 25.3.68; après tentative d'ingestion de barbituriques; la malade présente une dépression mélancolique anxieuse avec cancérophobie. Depuis plusieurs années, elle se plaint de douleurs abdominales en rapport avec une diverticulose, puis une hypochondrie mélancolique apparaît. Persuadée d'être incurable et de constituer une gêne pour son entourage, elle veut mourir. Son enfance est malheureuse sa mère a quitté le domicile conjugal en 1914, abandonnant ses quatre enfants, elle vit ensuite avec son père remarié. Elle se marie à son tour et a une fille. Les thèmes mélancoliques et l'hypochondrie régressent sous la chimiothérapie qui associe un neuroleptique à l[illegible]eur.

Obs. N° 9 :

Albert est né le 6.7.1915. Hospitalisé le 15.5.1968 pour délire de persécution -on veut l'empoisonner-. Il ne dort plus. Il s'agit d'une mélancolie délirante décompensée au décours d'un cathétérisme cardiaque nécessité par un rétrécissement aortique. Ce grand cardiaque est traité par des perfusions d'anti-dépresseurs. Il sort apparemment très amélioré sur le plan thymique. Peu après il tente de s'asphyxier en arrachant le tuyau du [illegible]. Profondément triste, il extériorise des thèmes d'indignité et de culpabilité, il veut récidiver. Cinq séances de sismothérapie dans le service de réanimation cardiaque guérissent la mélancolie anxieuse. La cardiopathie vasculaire associée est opérée avec succès quelques mois après.

TENTATIVES DE SUICIDE APRES LA QUARANTAINE

Obs N° 10 :

Rémi, âgé de 46 ans, est hospitalisé d'urgence pour tentative d'autolyse par poinçon de cordonnier avec des plaies multiples localisées aux membres supérieurs et à la région précordiale, 80 points de suture sont nécessaires. Dépression mélancolique avec auto-agressivité et désir de mort intense. Marié, avec 5 enfants, il vit dans de mauvaises conditions socio-économiques, depuis 6 mois en arrêt de travail pour des douleurs vésiculaires et une insomnie rebelle. Ces deux troubles sont traités de façon purement symptomatique. Le bilan hépato-vésiculaire biologique et radiologique est normal. En réalité, il s'agit d'une dépression mélancolique, il décrit depuis six mois une insomnie de la seconde moitié de la nuit, une inhibition en milieu professionnel et familial, une anorexie, des idées noires et suicidaires. Dans son désir de mort, il s'est lacéré les bras et blessé à la poitrine avec un acharnement très mélancolique. Rémi doit être transféré dans un service libre de psychiatrie.

Obs N° [illegible] :

[illegible]nence née le 8.12.1921., a ingéré de l'Optalidon peu avant son hospitalisation le [illegible], pour état dépressif. En 1965, des crises névrotiques avec dépersonnalisation sont traitées par électrothérapie. En 1961, elle tente de s'asphyxier, un bilan neurologique pour obésité à la Pitié a éliminé une cause organique. Elle se marie à 20 ans et a trois enfants. Une hystérectomie subtotale est pratiquée après le dernier accouchement très pénible en 1948. Les troubles apparaissent alors. Malgré une frigidité, l'entente conjugale semble bonne, le mari est décrit comme un homme mou. Les troubles s'aggravent après le décès en 1955 de la mère à qui la malade est très attachée, et après le mariage de ses enfants qui quittent la maison familiale. Un traitement antidépresseur intra-veineux améliore l'état dépressif profond avec apragmatisme. Des crises névrotiques la nature hystérique du terrain. Dans son milieu familial elle présente des troubles caractériels et une agressivité surtout dirigée contre le mari qu'elle rend malheureux, bien qu'il soit gentil et sans défauts, dit-elle. La malade accepte une psychothérapie de soutien à raison de 2 séances par mois [illegible] en raison de l'éloignement de son domicile.

Après un certain [illegible] présente des céphalées et des vomissements psychogènes sur une toile de fond caractérielle avec explosions contre le mari. Elle ne sort plus de la maison, devient méchante avec tout le monde. Des chutes hystériques lui évitent d'aborder le problème de sa frigidité et de son peu d'affection vis-à-vis du mari. Elle explose pour des motifs futiles. Elle ne peut quand même pas le tuer, dit-elle : c'est elle qui doit mourir, elle la seule coupable. Il semble qu'elle se déteste elle-même. Elle tente sans cesse de provoquer le rejet du psychothérapeute par son agressivité, afin de se persuader qu'elle est coupable et ne mérite pas d'être aimée, mais abandonnée. Elle se dit désormais incapable de "sublimer" ses problèmes dans une activité sociale ou charitable quelconque. Elle fuit même la compagnie de sa seule amie, qu'elle ne supporte pas de voir heureuse dans son ménage. Peu à peu elle raconte son histoire. Ayant peu connu son père décédé quand elle avait cinq ans, elle est élevée de façon rigide par sa mère dans une stricte ignorance de tous les problèmes de la vie, en particulier sexuels. Sténo-dactylo, à 18 ans, elle a une aventure avec le fils de son patron, son

premier amour, elle attend silencieusement une demande en mariage, mais elle ne s'en juge pas digne après "sa faute" et provoque elle-même la rupture. La liberté, loin de sa mère, ne lui semble accessible que par le mariage, elle choisit un homme de paille, placide et gentil. Il ne dit rien à propos de la première aventure, elle est décidée à le quitter l'année même du mariage, mais une grossesse survient aussitôt, elle doit rester auprès de lui. Après deux autres enfants, la vie semble supportable tant qu'elle garde son emploi de bureau mais licenciée en raison de conditions économiques régionales difficiles, elle ne retrouve pas d'emploi. Elle perd donc le seul objet substitutif de plaisir qui lui reste. Par ailleurs, une maladie de sa mère l'oblige à quitter une région où elle se plaît pour les Ardennes où elle ne s'adapte guère, elle soigne sa mère qui décède trois ans après. Les enfants se marient, elle se retrouve seule face à son mari qu'elle n'aime pas et déprime, elle ne peut plus le supporter. Un ressort se casse en elle comme un déclic, dit-elle, et les idées mélancoliques apparaissent sur le fond de troubles névrotiques.

La coupable, c'est elle, il s'avère en cours de psychothérapie qu'il lui faut absolument être coupable pour ne pas rendre responsable la mère de ses échecs successifs, elle retourne contre elle-même l'agressivité qui existe en elle contre la mère. Elle le reconnaît mais ne se reconnaît pas le droit de l'exprimer. La nuit, elle ne rêve que de cimetières, surtout celui où repose sa mère, le jour le mari fait les courses, elle ne sort que pour se rendre sur la tombe de sa mère. Elle ne peut s'en empêcher, elle voudrait voir ce qui se passe sous la tombe, elle l'y rejoindre bien un jour. Peu à peu, elle avoue ses griefs contre sa mère si gentille, mais qui fait son malheur en le laissant ignorante, seule à 18 ans, et après l'avoir amenée à gâcher sa vie en l'obligeant par sa maladie à quitter la seule région où elle se sentait heureuse et où elle aurait pu continuer à travailler. Mais c'est elle qui est coupable et il aurait mieux fallu qu'elle meure à la place de sa mère. Il semble qu'elle ne se pardonnera jamais d'avoir voulu vivre sa vie de femme, elle expie son désir de vivre, en particulier sa sexualité dont la permission ne lui a jamais été donnée. Elle se sent d'autant plus coupable qu'elle ne supporte pas les enfants, en fait ils lui ont été imposés. Quand elle les voit gais, elle a envie de hurler, elle regrette de ne pas avoir connu les contraceptifs, mais elle était alors une "oie blanche". Elle s'empoisonnera plutôt que de reconnaître qu'elle n'est pas la seule coupable. Même si sa mère est responsable de son malheur, elle ne veut pas l'admettre. Elle avoue, très culpabilisée, avoir trompé son mari, cette aventure n'a fait que la confirmer dans son sentiment de culpabilité et d'indignité foncière. La psychothérapie se poursuit et retrouve des traumatismes psychologiques de la prime enfance qui ont amené la malade à retourner contre elle-même ses pulsions agressives et de mort.

Obs N° 12 :

Roger tente de se suicider par ingestion médicamenteuse de comprimés 3 jours avant l'hospitalisation pour état dépressif mélancolique apparemment réactionnel à des problèmes professionnels et conjugaux. Né le 16.7.25, dans une famille de 8 enfants. Roger se marie en 53 et a 3 enfants. Il vit 8 ans en Outre-Mer. Depuis 6 ans, date d'un déménagement, une insomnie nécessite la prise régulière de somnifères ; il est traité pour des ulcères gastriques. Il éprouve des difficultés croissantes à l'exercice de son métier, il n'a plus de rapports sexuels avec sa femme. La profondeur de l'état dépressif et des idées suicidaires nécessite une sismothérapie qui améliore l'humeur, Roger est revu régulièrement en psychothérapie. Beaucoup plus tard, il se confie réellement. Après une enfance entre une mère autoritaire et rigide et un père asthmatique et anxieux, il aborde l'âge adulte par une grave déception sentimentale:

Il ne peut épouser son premier amour, les parents s'opposent au mariage avec une cousine. Celle-ci épouse un administrateur colonial qui l'emmène en Afrique. Elle y meurt dans des conditions dramatiques, peut-être empoisonnée par des administrés mécontents. Roger fait un mariage de raison, mais son épouse présente un caractère rigide et paranoïaque, elle a été élevée par des parents jansénistes sur le plan éducatif ; elle le dévalorise constamment. Il n'a comme conpensation que son travail sur lequel il se rejette pour oublier son milieu familial étouffant. Mais il se heurte à un supérieur froid, injuste, pour qui le travail bien fait n'appelle aucun compliment et qui sanctionne sévèrement la moindre vétille. Roger ne peut vivre sans l'estime de sa femme et de ses supérieurs, il n'a pas oublié sa cousine décédée en Afrique - peut-être ne serait-elle pas morte s'il l'avait épousé lui -il présente des épisodes ulcéreux puis se déprime progressivement et veut mourir.

Obs. N° 13 :

Roger né le 22.9.1919 est en arrêt de travail depuis 1966. Grévé par de nombreuses hospitalisations pour dépressions mélancoliques hypocondriaques, il tente de mourir à trois reprises par ingestion d'anxiolytiques et de barbituriques. Il veut à la fois, dormir et en finir. Il s'agit d'un cas social en invalidité qui vit seul auprès d'une vieille mère, veuve et tyrannique - elle n'a jamais accepté de perdre son fils dans le mariage et le fait divorcer en lui révèlant l'inconduite de son épouse à son retour de captivité. Il tente de fuir l'emprise maternelle, il retourne en Allemagne ou il fut prisonnier et épouse une Allemande. Celle-ci décède peu après d'une leucémie. De retour en France, une intoxication professionnelle interrompt son métier de teinturier. Alors il présente un état dépressif mélancolique avec des troubles hypocondriaques variés, asthénie et vertiges en particulier. Il vit seul, [illegible], soumis à sa mère qui fréquente en cachette l'ancienne épouse afin de voir le petit fils né de l'union brisée par ses soins. Il se rebelle parfois contre cette soumission infantile, il ne peut quand même pas tuer sa mère, il ne voit de solutions que dans la maladie ou la mort.

Obs. N° 14 :

Cécile née le 14.10.1917 est hospitalisée le 3.9.1965 pour dépression névrotique réactionnelle à l'éclatement d'un conflit conjugal ancien. Le mari mène une double vie depuis cinq ans et l'a confirmé dans une scène dramatique à l'épouse qui tente de se défenester. Les anti-dépresseurs améliorent le syndrome dépressif mais la structure névrotique persiste. Elle sort plus détendue, le mari semble avoir choisi sa famille. La malade se marie jeune, ignorante de tout problème sexuel après une éducation rigoriste. Cinq filles naissent, elle reste frigide. Elle semble surtout une femme d'intérieur, plus mère qu'épouse, plus épouse qu'amante. Au tournant de la cinquantaine, le mari s'éprend d'une femme plus jeune et plus sensuelle, la double vie dure 4 ans, le jour ou l'épouse l'apprend, il se retrouve partagé entre sa famille et sa maîtresse. Les deux époux se révèlent l'un comme l'autre trop structurés sur un mode névrotique pour repartir sur de nouvelles bases, le mari tient trop à sa liberté et étouffe dans sa maison impeccable, près d'une femme frigide, mais il veut garder sa respectabilité et les avantages matériels de sa vie conjugale, l'épouse -elle- ne pardonne pas de lui avoir

sàcrifié fidèlement trente années de sa vie. Elle se renferme dans un état dépressif névrotique chronique, avec des troubles caractériels et une insomnie nécessitant un traitement par anxiolytiques et hypnogènes permanent. Trois annees s'écoulent dans un statu quo peu satisfaisant entre les deux conjoints unis dans une véritable névrose conjugale. La situation se dégrade, [illegible] re des barbituriques pour dormir -dit-elle- en réalité pour ramener le mari à plus de respect du satu quo, elle doute qu'il ait [illegible] vie et proteste contre le peu de dialogue et la solitude ou il la laisse. Chaque conjoint prend pretexte des [illegible] de l'autre pour se poser en victime. Une psychothérapie de soutien semble permettre à Cecile de mieux supporter ses conditions de vie [illegible] évite une [illegible]. [illegible] le problème de fond demeure inchangé et Cécile s'engage dans la voie de la somatisation. Elle ne proteste plus par des crises névrotiques ou caractérielles, les idées suicidaires se sont estompées, elle présente des algies diverses hypocondriaques, surtout centrées sur la sphère cardiovasculaire. Enfin apparaît un syndrome ulcéreux typique.

Cas N° [illegible] :

[illegible] ingère des comprimés le 27.6.68. [illegible] difficultés conju[illegible] difficile [illegible] passés Outre-[illegible] dépressifs ont [illegible] événements de mai [illegible] accident de voi[illegible] Tentative de [illegible]

Cas N° [illegible] :

[illegible] par ingestion [illegible], le malade ne travaille plus, il [illegible] comprimés après s'être donné du cou[illegible], il pose surtout le cas social d'une [illegible]. L'E.E.G. montre des ondes thêta diffuses. Un placement [illegible] demandé.

Cas N° [illegible] :

Martial est né le 1.1.1928. Hospitalisé pour une crise aigûe de dépersonnalisation au cours d'une névrose obssessionnelle. Menuisier, marié, père de six enfants, le bilan psychométrique montre un quotient intellectuel à 92, avec marasme idéatoire, les tests projectifs confirment la névrose obsessionnel avec phobies d'impulsion très culpabilisantes et tendance dépressive infantile et impuissance sexuelle. Tentative d'autolyse le 15.11.1968, par ingestion de Mogadon parcequ'il ne pouvait plus travailler, prisonnier de sa pensée magique, avec ritualisation forcenée, des activités gestuelles et intellectuelles. Obsédé par l'idée de faire mal, il est homme à se tuer plûtôt qu'a tuer.

TENTATIVES DE L'ADULTE JEUNE APRES LA TRENTAINE

Obs. n° 18 :

Marie-Thérèse, née le 8.11.1929, est hospitalisée le 6.5.1968 pour quatrième ingestion médicamenteuse réactionnelle à une mésentente conjugale. Elle fuit dans le mariage une enfance difficile où elle joue le rôle d'une cendrillon de la famille auprès d'une mère malade et dure. Sept enfants naissent de son union malheureuse avec un éthylique brutal, en invalidité. Les disputes sont continuelles, elle est battue. 5 grossesses n'ont pas été menées à terme. Depuis quelques mois, dépressive, elle doit interrompre son travail. Elle proteste par son acte contre sa vie familiale devenue intolérable. D'après l'Assistante sociale, la malade cherche à oublier ses problèmes dans un éthylisme réactionnel. Le 8.8.70, la troisième fille est hospitalisée après une ingestion médicamenteuse. Elle proteste contre les perpétuelles scènes conjugales dont elle est témoin.

Obs. n° 19 :

Colette née le 14.10.1932, ingère de l'Equanil le 5.8.1969 dans un tableau de dépression réactionnelle à une situation conjugale complexe sur structure névrotique. Six enfants, nés d'un premier mariage avec un éthylique, sont actuellement placés. Ce mariage constituait la fuite d'un père brutal qui la détestait, il s'est soldé par un divorce. Elle vit ensuite en concubinage avec un caractériel éthylique , en arrêt de travail permanent. 5 enfants naissent du concubinage. Colette sort contre avis médical sous la pression du concubin qui la menace de placer les enfants. A nouveau hospitalisée après une nouvelle ingestion médicamenteuse 3 mois après, elle sort à nouveau contre avis médical.

Obs. n° 20 :

[illegible] hospitalisée le 3.[illegible].69, après une seconde ingestion médicamenteuse, est sortie contre avis médical d'un service de médecine. 3 semaines auparavant après la première tentative. Né le [illegible].1933, il est marié et [illegible] enfants. Il [illegible] un [illegible] dépressif sur un terrain éthylique pré-cirrhotique. Il refuse la cure de désintoxication. Le traitement améliore l'état dépressif et permet de [illegible] cure de désintoxication.

Obs. n° 21 :

Gilberte née le [illegible].1930 est hospitalisée le 21.4.70. après une ingestion massive d'Equanil et d'Optalidon. La dépression est névrotique avec insomnies, cauchemars, dégoût du travail et de sa famille, sauf de son fils.

La malade veut mourir et dormir à la fois.

Mariée depuis 11 ans, elle n'a qu'un garçon. L'autre enfant est décédé peu après sa naissance. Elle est frigide et dyspareunique. Les cauchemars sont centrés sur l'enfant mort et sur le départ du mar. Celui-ci, taciturne et peu compréhensif, se juge lui-même incapable de parler, il préfère aller à la pêche. Gilberte l'a épousé par dépit, sans amour, après avoir rompu avec son premier et seul amour. Elle a revu l'ancien fiancé le jour anniversaire de leur rupture et peu après débute un syndrôme dépressif.

Une cure d'anti-dépresseurs intra-veineux améliore l'état dépressif. Une psychothérapie de soutien atténue les troubles névrotiques.

Obs. n° 22

Josette née le 26.8.1936 est hospitalisée dans un coma barbiturique avec état de choc, le 22.6.1970. Au réveil, elle semble mélancolique, mais la dépression est névrotique. Mariée depuis 6 ans, elle a trois enfants, le premier est né peu après le mariage, elle ne travaille pas et se sent délaissée, le mari rentre trop tard de son travail. Il existe un conflit familial, sa belle-mère est sa voisine, elle intervient sans cesse dans la vie du jeune ménage, le mari reste dépendant d'elle. Par sa tentative, elle veut "dormir", et met le mari en demeure de changer cette situation. La dépression régresse sous traitement, en relation psychothérapique, mais surtout grâce à la compréhension du mari qui change d'appartement pour donner plus d'intimité à sa femme. La belle-mère s'impose moins dans le ménage. Pas de rechute depuis, à ce jour.

Obs. n° 23

Huguette tente de se noyer suite à un état dépressif réactionnel à un problème conjugal. En 1967, première tentative par ingestion médicamenteuse. Née le 19.6.1934, journalière, elle a un enfant. Elle est l'aînée de 6 enfants dont elle s'occupait entre une mère malade et un père alcoolique. Pour fuir cette insécurité familiale, elle épouse à 17 ans un manoeuvre italien ; mais la famille n'accepte pas le mariage. Le couple déménage et s'installe dans la famille du mari. La cohabitation se révèle désastreuse car le mari est soumis à la "mama", ce que l'épouse n'accepte pas.

Elle absorbe des comprimés après une querelle avec le mari qui refuse de quitter sa famille ; elle trouve une compensation dans un éthylisme réactionnel. Puis elle tente de se jeter à l'eau au cours d'un pique-nique avec le mari. Les médicaments améliorent l'humeur.

[illegible] avec deux enfants, elle n'a pas eu une enfance heureuse. Sa mère meurt quand elle a 16 ans, son père ne s'est jamais occupé d'elle. Placée dans un internat, elle fuit dans le mariage dès sa majorité pour trouver ce foyer que lui avait fait défaut. Malgré la naissance de deux enfants, elle n'est pas heureuse avec le mari éthylique, elle reste frigide. Elle découvre l'amour dans une liaison. Elle n'a été, dit-elle, qu'une femme à 33 ans -le mari refuse le divorce- Apparaissent des crises névrotiques, une insomnie, une nervosité permanente. Elle est hospitalisée pour un bilan thyroïdien. La tentative de suicide représente la seule issue pour elle entre le mari et l'amant. Elle sort plus détendue par le traitement et reprend sa vie familiale pour ses enfants, mais le problème de fond demeure.

TENTATIVE DE L'ADULTE DE 30 à 40 ans

Obs. n° 25 :

Colette née le 20.6.1934 est hospitalisée le 31.7.1968 pour syndrôme dépressif. Elle ne supporte plus les enfants ni le mari, grand travailleur qui rentre tard à la maison. Elle s'ennuie dans son intérieur. Le placement d'un enfant débilé lui pose des problèmes. Une cure d'anti-dépresseurs intra-veineux améliore l'état thymique. Elle sort plus souriante. Tentative d'autolyse par ingestion de barbituriques le 26.11.1969. La malade toujours seule à la maison a tenté de combattre son humeur à nouveau dépressive par l'action euphorisante de la bière, son mari est de plus en plus pris par son travail, elle désespère de pouvoir placer son enfant débile. La belle-famille intervient un peu trop dans son ménage. La situation devient intenable pour elle. Le mari, très inquiet, se montre très compréhensif, il promet de travailler moins et de s'occuper plus de sa femme. L'enfant est placé en I.M.P. et une psychothérapie de soutien consolide l'amélioration après traitement anti-dépresseur. Colette reprend goût à la vie et se trouve des occupations. Aucune rechute depuis deux ans, guérison d'autant plus facilement obtenue que l'atmosphère familiale s'est nettement améliorée.

Obs. n° 26 :

Paule est née le 16.6.1932. Hospitalisée à cinq reprises dont quatre fois pour tentative de suicide par ingestion médicamenteuse en 1969, elle présente une dépression névrotique grave, réactionnelle à une vie conjugale tourmentée. Mariée avec un grand névropathe, les scènes sont fréquentes, les causes de mésentente conjugale sont multiples, la dernière est l'existence d'un fils délinquant qui purge une peine de prison. Paule lui reste très attachée, le mari refuse de revoir à la maison ce déshonneur de la famille. La situation semble insoluble. Lors de la dernière hospitalisation, le 4.12.1969, avant sortie contre avis médical, Paule décide enfin de quitter son mari, et à faire sa vie seule avec ses trois enfants. mais l'entretien permet d'entrevoir que si elle a peur du mari qui crie, elle était de même terrifiée par un père autoritaire qui criait. Elle semble avoir besoin de ses cris, et avoir dans sa vie de femme recherché le même amour que celui de son père. Elle s'avère incapable de fuir son enfer. Quand on lui parle de guérir, elle répond :"je ne m'aime pas assez pour ça". Sa mère ne l'a pas aimée... La porte de l'Hôpital lui reste ouverte, et elle peut lui dit-on venir discuter de ses problèmes quand elle le désire. Avant, dit-elle,elle ne pensait pas à mourir, mais un jour elle se suicidera pas sans doute. Il lui est conseillé de sauter dans un taxi pour venir nous parler, avant d'avoir fait une autre tentative. La malade répond en signant sa feuille de sortie contre avis médical"je passerai plutôt dessous".

Deux mois après, pour une raison indéterminée, la voiture de Paule quitte le côté droit de la route et s'encastre sous un camion poids lourd. Elle est tuée sur le coup, dans cet accident.

Obs. n° 27 :

Simone, née le 15.8.1938 doit être hospitalisée pour la septième fois le 3.6.1969 après une nouvelle tentative d'asphyxie par oxyde de carbone. Les troubles ont débuté en 1965 après une extraction dentaire. Des crises névrotiques aigues alternent avec des périodes dépressives et des tentatives d'autostrangulation répétées. Une sismothérapie est nécessaire. En 1966, elle tente de mourir par section de veines dans un tableau d'apragmatisme. Aucune motivation des tentatives n'est exprimée, elle semble résulter de crises d'angoisse paroxystiques.

Simone se marieà 17 ans. Deux enfants naissent, l'entente conjugale est bonne, dit-elle. Trois hospitalisations pour rechute dépressive avec thèmes d'incurabilité se succèdent, la malade, derrière ses lunettes fumées, précise sa biographie : antépénultième de 8 enfants, sa mère est une grande infirme exigeante qui la réquisitionne et la force de s'occuper exclusivement d'elle dans la maison, d'où de fréquentes disputes. Du père, il n'est pas question une seule fois. Le mariage avec un homme de 8 ans son aîné n'est que l'occasion d'échapper à l'emprise abusive de sa mère, mais elle en reste culpabilisée au point de ne pas oser la revoir pendant un an. En 1968, elle se présente comme une détériorée intellectuelle très fragile et réagit violemment tantôt sur le mode hystérique, tantôt sur le mode suicidaire aux contrariétés de la vie quotidienne. Une solution neuro-chirurgicale est envisagée mais non retenue. Simone avoue alors sa mésentente avec le mari, éthylique mais surtout jaloux, ils n'ont pas eu de rapports sexuels depuis deux ans.

Nouvelle tentative en février 1969 par ingestion médicamenteuse. Employée de maison, Simone a été convoquée par la police à propos d'un vol de bijoux chez sa patronne. L'inhibition en milieu familial est totale, le mari tient l'intérieur et fait la cuisine, elle évite tout contact social, elle ne pense qu'à mourir , obsédée par l'accusation du vol. Dans ses cauchemars, elle passe en jugement devant un tribunal pour l'affaire des bijoux, c'est la mère qui l'accuse. Dans la réalité, dit-elle, sa mère qui est divorcée est jalouse de ses enfants, le beau-père est gentil. Elle extériorise une obsession suicidaire et des velléités de [illegible]. Par ailleurs elle rêve de sang, elle tue ses enfants et sa mère s'en réjouit.. Elle ne peut plus vivre ainsi, elle ne fait que pleurer lors des visites du mari. Le mieux serait, dit-elle, de ne plus voir sa mère du tout, celle-ci vient encore de lui faire des reproches.

Le [illegible].1969, elle tente à nouveau de mourir par asphyxie, le principal thème dépressif est toujours l'accusation de vol , elle voit toujours sa mère dans sa tête, mais elle rêve à présent qu'elle tue non seulement ses enfants mais aussi sa mère.

Obs. n° 28 :

Micheline née le 5.8.1931., est hospitalisée le 22.5.1968 après tentative par ingestion médicamenteuse. Tableau dépressif d'allure mélancolique, avec inhibition en milieu familial, où elle ne supporte plus ses enfants, et céphalées. Le traitement anti-dépresseur avec sismothérapie améliore l'humeur. Sortie plus détendue, Micheline doit être hospitalisée de nouveau le 15.6.1968 après une crise d'agitation, névrotique avec cervicalgies. La malade vit dans la terreur d'une cinquième grossesse, la prise régulière d'un contraceptif s'avère mal supportée sur un mode très névrotique... Elle réclame une "ligature des trompes". Elle avoue finalement ne pas avoir confiance dans la pilule.

Obs N° 29 :

Robert né le 3.5.1930., est hospitalisé le 8.9.1969., après ingestion volontaire de Sonuctane. Chauffeur Poids Lourds, Il est marié depuis 17 ans, avec 8 enfants dont 3 seulement sont de lui. Sa femme vient de le quitter pour son meilleur ami.

Un rhumatologue est consulté pour des cervicalgies, avant l'hospitalisation après un accident de travail avec traumatisme cervical, par ailleurs, son médecin traitant prescrit le Sonuctane en raison d'une insomnie. Le tableau apparent est celui d'une dépression chez un caractériel, mais on retrouve en plus d'une insomnie de la seconde moitié de la nuit, une anorexie, des idées noires, la malade semble profondément affecté par le départ de sa femme. L'état dépressif mélancolique ne fait pas de doute, mais le malade deux jours après son hospitalisation, veut sortir et donne en souriant d'excellentes raisons. Il doit régler des problèmes financiers et sa femme va revenir au domicile conjugal, il se sent guéri, du reste, assure-t-il, il n'a pris le Sonuctane que pour dormir. Il se décrit toujours comme nerveux et parle des carabines qui sont son dada. Malgré tous nos efforts, il sort contre avis médical.

Le lendemain, il se donne la mort après avoir méthodiquement préparé son acte : dans un lieu désert, il ingère une dose massive de barbituriques, puis se pend en se tirant une balle de carabine dans le coeur. Il a poussé la minutie pour ingérer ses comprimés jusqu'à amener un verre et une bouteille d'eau minérale qué l'on retrouve auprès de ses effets personnels soigneusement rangés.

TENTATIVES DE SUICIDE DES ADULTES JEUNES AVANT LA TRENTAINE

Obs N° 30 :

Jean né le 11.1.1948., tente de se suicider par section de veines pendant une hospitalisation pour lumbalgies post-traumatiques hypercorticosuées. En arrêt de travail depuis un an, il présente une sinistrose avec crises hystériques et éléments réactionnels. L'élément dépressif s'avère au second plan. Le Q.I. moyen est à 80. Echec complet des analeptiques et des anti-dépresseurs.

Obs N° 31 :

Jacques né le 7.7.1948., ingère du Gardénal prescrit pour [illegible] le 5.11.1968, au cours d'un syndrome dépressif chez un cas social. Les cinq enfants sont retirés au ménage en raison d'une mésentente aigüe et de problèmes financiers. La tentative a pour but non pas de mourir mais de "reconquérir les enfants", deux jours avant le jugement du tribunal les concernant. Le test de Wechsler-Bellevue montre un Q.I. moyen de 77, limité, le sujet est légèrement débile, avec baisse de l'efficience intellectuelle, l'indice de détérioration est élevé.

Obs N° 32 :

Christian né le 13.6.1944., ingère le 29.6.69. impulsivement de l'Equanil après une dispute conjugale. Caractériel éthylique, le malade vit avec sa femme et ses trois enfants dans une seule pièce. La coupure avec son milieu familial est totale : mésentente avec la mère remariée, et disputes avec le beau-père. Dans son enfance, le père éthylique le bat, entraînant des réactions caractérielles violentes du fils. Le malade sort contre avis médical, une cure de désintoxication éthylique [illegible] et refusée par l'épouse, sous prétexte que son père est [illegible] l'hôpital psychiatrique.

Obs N° 33 :

Pierre né le 10.11.1939 est hospitalisé le 2.6.68. pour seconde tentative d'autolyse par ingestion d'Equanil et de Quiétal, réactionnelle à une mésentente conjugale. Il veut "dormir et oublier, pas mourir". L'apparence est très névrotique avec éthylisme réactionnel. Il est le 4è enfant d'une fratrie de 14, la première tentative suit également une dispute conjugale ; après avoir pris un comprimé, le malade s'était entendu dire par l'épouse qu'il pouvait prendre le reste et mourir. La conjointe elle-même est névrotique, hyperdépendante de sa mère chez qui elle veut toujours retourner, elle accuse son mari de "traîner" et refuse les rapports sexuels -pour elle, c'est de l'orgie. Une instance de divorce engagée est retirée, les époux se sont plusieurs fois séparés puis réconciliés. Le milieu familial est pathogène, sur la fratrie de 7 garçons et 7 filles, 2 frères et 4 soeurs ont présenté une conduite suicidaire par ingestion médicamenteuse, dont Danièle (Obs N° 6). La mère est rejetante, le père éthylique en invalidité, a déjà été hospitalisé en psychiatrie et traité par sismothérapie.

Obs Nº 34 :

Marie-Paule née le 22.7.1945 est hospitalisée pour seconde tentative de suicide par ingestion de Librium après une dispute conjugale le 31.3.70. Institutrice en classe de perfectionnement, mariée depuis six mois avec un viticulteur elle a déjà tenté de s'asphyxier par oxyde de carbone. Les tentatives semblent résulter de difficulté s familiales et d'une mésentente avec le mari. Isolée dans un petit village, entourée par sa belle-famille, elle reproche à son mari d'être froid et de s'occuper plus de sa famille que d'elle-même. Sombre et prostrée dans son lit, avec ses idées noires, elle a besoin d'affection, que l'on s'occupe d'elle. Cette revendication a ffective repose sur une [illegible]ce familiale pathogène pendant son enfance, ses parents divorcent quand elle a un an, sa mère se remarie quand elle en a dix et l'a rejettée sous l'influence du beau-père. Sa grand-mère l'élève jusqu'à l'âge de 15 ans, et elle est [illegible] témoin de [illegible] violentes entre ses parents et ses grands-parents où elle doit servir d'arbitres car, dit-elle, sous prétexte qu'elle travaillait bien en classe, on la jugeait intelligente ... L'annonce de son mariage entraîne des [illegible] familiales [illegible] de la part de la mère, d'où l'apparition des troubles [illegible].

Le père est absent de sa vie, sa mère décrite comme peu maternelle, n'a que des relations d'amie à amie envers elle, et ne l'a jamais aidée à résoudre ses problèmes d'adolescente. Il lui a toujours fallu se débrouiller seule. Marie-Paule reconnait que sa conduite n'est pas celle d'une adulte, comme si elle voulait, dit-elle, [illegible] son enfance par ses caprices et ses exigeances ; un petit animal en peluche lui est nécessaire pour s'endormir ... Elle s'accroche à son mari de façon [illegible], [illegible] d'admiration. Le mari, de son côté, la juge exigeante et infantile, une entrevue avec les deux conjoints montre que le mari représente un père pour sa femme et qu'elle est une petite fille pour lui. Une psychothérapie ou une cure psychanalytique est conseillée à la jeune femme.

Obs Nº 35 :

[illegible] avec deux enfants [illegible] que [illegible] débuté six mois auparavant. Sa première enfance se déroule chez les grands-parents, l'atmosphère familiale est froide, il quitte le lycée à [illegible] ans et présente alors quelques é pidosdes dépressifs. Il rentre fréquemment en opposition avec ses parents et en [illegible] il épouse une institutrice et rompt avec sa famille a près une dispute. Un premier enfant nait, et une seconde naissance est ma l accueillie. Il noue une liaison avec une camara de de trava il, mais n'ose pas divrocer à cause des enfants. La maîtresse rompt leur liaison par [illegible] sur son lieu de travail. [illegible] Après [illegible] narcoses en milieu psychiâtrique, [illegible]

Obs N° 36 :

Josiane née le 19.11.1943., est hospitalisée le 11.10.69. pour dépression réactionnelle chez une névrotique. Mariée depuis 7 ans, anxieuse et irritable, elle ne supporte plus ses enfants, son sommeil est entrecoupé de réveils et de cauchemars. Le dernier enfant né par césarienne n'est pas désiré, elle ne supporte plus une cohabitation épisodique avec sa belle-mère en instance de divorce. Son enfance est peu heureuse : abandonnée à l'âge de 2 mois, elle est confiée par l'Assistance Publique à des parents adoptifs de 18 mois à 14 ans, elle supporte mal d'être placée dans une école ménagère, à 15 ans une première déception sentimentale se traduit par une ingestion impulsive d'alcool iodé. Elle est confiée à une maison de redressement. Elle se marie à 18 ans, enceinte de 4 mois, elle décrit ce mariage comme désiré, et la grossesse destinée à forcer les parents adoptifs a accepter le mariage. Seconde tentative par ingestion d'Equanil pendant sa troisième grossesse.

Les anti-dépresseurs et l'isolement améliorent l'humeur, elle part en convalescence dans une maison de repos, et prend régulièrement un traitement d'anti-dépresseurs. Elle revient après ingestion volontaire de Tranxène le 4.4.70. Elle extériorise d'abord des thèmes mélancoliques avec idées de récidive, elle ne supporte plus ses enfants qui salissent son intérieur bien rangé, elle extériorise une phobie d'impulsion à leur encontre par ailleurs elle désire travailler et son mari s'y oppose. Puis elle s'effondre et révèle avoir une liaison malheureuse, l'ami n'a pas voulu l'épouser. Mais surtout, elle reproche à son mari son peu d'affection, il ne l'embrasse jamais, "il n'est pas amitueux". Le mari est lui-même traumatisé par la mésentente entre ses parents qui divorcent. Selon ses propres termes, tout va bien entre lui et sa femme, à part l'amitié qu'il ne peut pas lui donner. Il ne peut pas changer son caractère froid, ses parents ne s'accordaient jamais, son père [illegible]. Il lui est difficile de donner quelque chose qu'il n'a pas connu. Il n'a pas eu de chance de tomber sur une femme qui a besoin d'amitié et de ne l'entendre réciter. Il finit par reconnaître que sans la grossesse de sa femme, il ne l'aurait pas épousée.

Obs N° 37 :

Dominique né le 11.9.1939. ingère de l'Ercéfuryl au cours d'un syndrome dépressif réactionnel à une mésentente conjugale. L'épouse lui crie son regret de ne pas l'avoir trompé, il tente de l'étrangler puis fuit et veut mourir. Décrit comme triste et renfermé, il se marie contre le gré de ses parents d'origine corse. Le père militaire n'est pas souvent présent, la mere est très autoritaire. Il devance l'appel pour fuir sa mère, puis il fuit dans le mariage. La mère s'oppose vite à la bru et la dénigre, l'épouse doit présenter avant le mariage un certificat de virginité ...

Il ne choisit pas réellement, il demeure très dépendant de sa mère, un reproche de celle-ci déclenche chez lui un malaise. En fait, il se sent privé de virilité, réellement "castré" par son épouse comme il l'était par sa mère, l'épouse le juge faible comme le père qui n'avait pas la parole dans son ménage. Elle ne la lui a pas accordée dans le sien, car, avoue-t-elle, elle ressemble à sa belle-mère ... Une procédure de divorce engagée est annulée, elle reste avec son mari parce qu'il est le père de ses enfants. A la fin de l'entretien, l'épouse avoue qu'il existe un autre homme dans sa vie. Dominique a choisi comme épouse une femme phallique qui ressemble à sa mère, elle le castre comme la mère l'a castré et a castré le père,

faible comme lui. Adulte, il a choisi inconsciemment le même type d'amour que celui vécu pendant son enfance.

Obs N° 38 :

Annie née le 15.7.1942. est hospitalisée le 11.7.69., après tentative par ingestion médicamenteuse dans un état dépressif réactionnel à une instance de divorce en cours. La tentative a pour but de mourir et non dormir, mais elle s'avère surtout névrotique et rentre dans un contexte de névrose familiale sévère. Le mari, caractéropathe qui se décrit comme explosif si on le pousse à bout, s'est livré à des voies de fait sur son épouse depuis leur séparation et a même enfoncé la porte de leur appartement trouvée fermée. Pour lui, sa belle-mère a provoqué la mésentente conjugale, après avoir déjà tenté de les faire divorcer. Il se décrit comme autoritaire et phallique, les hommes n'ont pas la parole avec elle, lui ne s'est pas laissé faire, or son épouse ressemble à sa mère, d'où l'incompatibilité d'humeur. La malade confirme que sa mère règne à la maison, et n'aime pas les hommes, elle lui disait qu'ils ne valent rien et ne pensent qu'à courir les femmes. Plus mère qu'épouse, elle l'a façonnée à son image, toutes les deux sont frigides. La mère intervient constamment dans leur ménage, elle pousse sa fille à provoquer une fausse couche pendant la première instance de divorce. Le père, lui, accepte tout, il a même repris sans reproches sa femme qui avait quitté le domicile conjugal pour un autre homme. Les anti-dépresseurs ne sont pas supportés, seuls des anxiolytiques calment cette malade très névrotique. Elle s'avère intolérante à toute frustration et abrège son séjour en maison de repos.

Le 22.8.69., nouvelle hospitalisation pour tentative par des suppositoires. Elle "veut dormir", le mari n'a pas repris la vie commune, elle sort contre avis médical.

Obs N° 39 :

Colette née le [illegible] veut mourir en ingérant un hypnotique. Tableau d'une dépression [illegible] avec idées suicidaires chez une névrose grave, hospitalisée à [illegible] reprises depuis l'âge de [illegible] ans, pour [illegible] contre avis médical et n'accepte l'hospitalisation que le 25.9.70., après une crise d'agitation névrotique aigue sur son lieu de travail. Le grand nombre d'hospitalisations et des psychothérapies [illegible] rend la malade très opposante et agressive vis-à-vis du corps médical, chaque psychothérapie s'est traduite dit-elle par un échec, une analyse a vite été abandonnée, elle ne guérira jamais.

Colette n'a pas connu son père, israélite, déporté peu après sa naissance, elle est élevée par sa mère très protectrice et étouffante, celle-ci est déprimée elle-même et est obèse avec des lunettes fumées. La mère et la fille forment un couple pathogène, véritable symbiose sans image paternelle. Colette présente une conduite d'échec vis-à-vis de tout ce qui est masculin, aussi bien sur le plan sentimental que médical, aucun homme n'a pu la retenir, aucun médecin n'a pu la guérir. Elle a toujours imposé ce jeu, et aucune psychothérapie fuie aussitôt après avoir été entreprise, ne pouvait donc réussir. Elle refuse d'abord toute nouvelle idée de psychothérapie, s'abrite derrière des raisons financières peu valables, en fait elle n'ose pas s'opposer à sa mère qui l'étouffe, dit-elle. Une sortie se traduit par un échec et entraîne une nouvelle hospitalisation, elle accepte enfin, l'idée d'une éventuelle psychothérapie suivie régulièrement cette fois.

Obs N° 40 :

Marie-Françoise est née le 8.6.1945. Le 20.5.70., tentative de suicide par ingestion médicamenteuse dans un tableau de névrose caractérielle sévère, décompensée depuis un an. Elle adopte d'emblée une attitude de défi et d'opposition, elle refuse d'être soignée. En instance de divorce, son mari l'a mise à la porte sans argent, ni métier, elle est partie à l'aventure en auto-stop, elle a connu alors des aventures, elle se dégoûte et elle est coupable, plus rien ne l'intéresse, le bonheur et la vie ce sont des mots. Son cas est désespéré, elle ne peut remonter la pente et personne ne pourra rien pour elle. Elle s'oppose à sa mère qui ne l'aide en rien. Le père est décédé un an auparavant, elle travaillait avec lui comme secrétaire, il lui donnait sécurité et vie facile. Il était tout pour elle et l'a trop gâtée. Elle évoque avec un sourire ravi les disputes très érotisées qui l'opposaient à son père. Mariée, elle n'a jamais connu de soucis matériels, en fait en se mariant elle ne choisit pas entre son mari et son père, elle conserve une image paternelle de son mari. Un anti-dépresseur par voie veineuse améliore l'état dépressif, mais la malade conserve jusqu'à sa sortie son attitude caractérielle et provocatrice appelant le rejet. Elle tente de fuguer, car elle veut se suicider, car dit-elle, sa mère la rejettra à sa sortie, personne ne l'aime à part son chien. Il lui faudrait un homme d'une quarantaine d'années, qui la tienne et la soutienne. Une psychothérapie est proposée à la malade, qui n'y croit guère, elle accepte de retourner provisoirement chez sa mère, mais ne croit pas pouoir se débrouiller seule dans la vie, tout doit lui tomber rôti dans le bec, tout le monde doit rester à sa disposition, sinon elle refuse l'aide. Elle revient en consultation, la réinsertion familiale près de la mère s'est bien passée, elle cherche du travail, elle accepte de discuter.

Obs N° 41 :

Annie née le [illegible], tentée des médicaments après une déception sentimentale (rupture avec le concubin). Séconde tentative le 27.12.1969 [illegible] par l'usage de carbone en intoxication médicamenteuse avec éthylisme aigu associé. La [illegible] est réactionnelle à une vie sentimentale orageuse. La malade [illegible] par une fausse couche provoquée récente, [illegible] des thèmes de culpabilité et d'indignité, elle [illegible] son père ne l'aime pas, il ne l'a jamais embrassée, elle [illegible] son père, mais elle l'aime elle ... Elle présente une nevrose grave, en rapport avec un climat familial perturbé. Septième de neuf enfants, le père est froid, lointain, elle le vit comme rejetant, elle se demande même s'il est son père, n'ayant pas le morphotype de ses frères et soeurs. Sa tentative ressemble à une protestation de l'enfant mal aimée qui n'a pas le droit d'être heureuse. A 11 ans, elle construit une cabane où elle se réfugie seule dans le jardin de ses parents. Elle a quitté le domicile conjugal de ses parents cinq ans auparavant pour un amour copie conforme de l'amour paternel ; le concubin ne l'épouse pas, il la trompe, et surtout il ne lui parle pas. L'ambivalence est grande vis-à-vis du mariage et de l'enfant qu'elle désire et fuit tout à la fois. Mal aimée, les scènes de ménage et les ruptures s'avèrent inutiles, elle ne peut protester qu'en se suicidant. Les tentatives sont réactionnelles en apparence aux démêlés avec le concubin, mais à travers lui, c'est au père lointain qu'elle parle en protestant.

Une psychothérapie, même de soutien, ne s'avère encore pas souhaitée. Le 18.8.70., nouvelle tentative par oxyde de carbone après rupture définitive avec l'ami. L'entrevue avec les parents révèle une mère fallote devant un père d'origine portugaise, rigide et froid, qui dit avoir aimé sa fille enfant, sans le lui dire, et adolescente, n'a pas supporté qu'elle sorte et vive sa vie. "Dans son pays, ça ne se fait pas", il a rompu les ponts avec sa fille qui a fui le domicile paternel.

Cas N° 42 :

Chantal née le [illegible], travaille avec son mari restaurateur. Après une scène [illegible] de jalousie, elle ingère 10 comprimés d'un hypnogène. La première [illegible] célibataire alors, elle épouse ensuite le mari qui reconnaît l'enfant. Deux autres naissances suivent dont la dernière par césarienne, avec salpingectomie. Depuis 4 mois débute une dépression mélancolique [illegible] avec insomnie, et intention suicidaire de longue date, d'abord niée. Elle veut [illegible] son entourage par son suicide se sentant inutile depuis qu'elle ne peut plus avoir d'enfant. La salpingectomie est vécue comme la fin de sa vie de femme, et a déclenché une dyspareunie totale. Il s'agit d'une psychose puerpérale dépressive du post-partum. Une sismothérapie proposée à la malade est refusée par le mari, qui la fait sortir contre avis médical.

Cas N° 43 :

Suzanne née le [illegible], tente de mourir par ingestion de [illegible] au cours d'une psychose dépressive puerpérale. Mariée avec deux enfants, la malade [illegible] milieu familial perturbé entre une mère [illegible]. Elle doit travailler en usine et tenir l'intérieur familial. Elle présente alors des troubles névrotiques hystériques, [illegible] enceinte de son premier enfant. Très culpabilisée par cette grossesse. [illegible] cependant mieux que la seconde qui [illegible] est difficile, [illegible] Le mari ne la comprend pas, dit-elle. [illegible] avec insomnie, [illegible] la tentative suit une dispute conjugale. [illegible]

Cas N° 44 :

Annie née le [illegible], ingère massivement un neuroleptique parce que son mari veut la quitter. Un syndrome dépressif avec asthénie et irritabilité a suivi son second accouchement. Mariée au 3è mois de sa grossesse, l'entente conjugale est perturbée. Elle reproche à son mari de l'avoir épousée par pitié, à cause de l'enfant, elle lui mène une "vie infernale", elle se montre jalouse, pleure et le griffe pendant les rapports sexuels, "il l'énerve sans cesse". Elle semble reprocher au mari d'être trop bon et d'avoir trop facilement accepté cet enfant. "Elle aurait préféré qu'il le lui reproche une bonne fois ..!". Le mari demande le divorce. La tentative est destinée à le faire revenir sur cette décision. Mais il s'avère, pendant l'hospitalisation, qu'elle connaît par ailleurs un autre homme qui lui rend visite chaque jour. La malade ne semble pas avoir choisi entre son mari et son ami.

TENTATIVES DE SUICIDE DES ADOLESCENTS : AGES DE MOINS DE 22 ANS

Tentatives d'Adolescents Psychiâtriques

Obs N° 45 :

Yves né le 24.3.1950., hospitalisé le 20.7.68. pour troisième tentative d'autolyse par ingestion de Gardénal. Apprenti-patissier, son patron menace de le renvoyer. Schizophrène, il présente un automatisme mental avec des thèmes de transformation corporelle, un signe du miroir, et même un maquillage devant le miroir, qui correspond presque à un désir de transformation sexuelle. Le milieu familial est pathogène, Yves n'aime pas son père, la mère rejetante demande son placement. Elle n'a pas accordé d'importance à la première tentative par section de veines. Aîné de quatre enfants, tous très nerveux, en fait Yves est né tout au début du mariage.

Obs N° 46 :

Marie-Lise née le 2.7.1950. tente de s'éventrer par arme blanche dans un raptus anxieux le 14.8.69. Schizophrène connue, elle présente un tableau délirant avec dépersonnalisation, hallucinations et réaction dépressive. Le milieu familial est dissocié. Le père part quand elle a 5 ans, la mère dépressive puis hyperprotectrice se consacre à ses enfants. A [illegible] ans, Marie-Lise apprend que son père n'est pas réellement son père, et qu'il a épousé sa mère enceinte d'un autre homme. La mère s'avère punitive et possessive, la carence éducative est totale. La dissociation se révèle par une bouffée délirante aigüe avec première tentative par section des veines en 1966.

Obs N° [illegible] :

Thérèse née le 9.10.1949. Schizophrène déjà hospitalisée en 1968 tente de se suicider par ingestion médicamenteuse le 5.1.69. en raison de difficultés intellectuelles dans ses études, et surtout du climat familial pathogène. Il s'agit d'une famille de paysannes. Le père est interné depuis 12 ans, une soeur et un frère sont déjà schizophrènes. La mère vit un douloureux calvaire, elle se sacrifie pour ses 5 enfants. Très possessive et protectrice, elle réalise un véritable couple avec Thérèse. L'un après l'autre, dit la mère, ses enfants partent à l'Hôpital, c'est l'hérédité, c'est triste cette grande maison dont toutes les fenêtres [illegible]. Un jour, prévoit-elle, ce sera le tour des deux derniers garçons.

Obs N° 48 :

Françoise née le 17.8.1950, tente de se sectionner les veines le 20.2.69. dans un tableau de dépression profonde, avec désir de mort réel. Elève-professeur, elle rencontre des difficultés intellectuelles dans ses études, et n'arrive plus à communiquer avec son entourage. Une déception sentimentale récente est vécue sur un mode très phantasmatique. Ce suicide est un acte gratuit. La vie est absurde ; ce thème revient puis cesse. La dissociation sous-jacente est confirmée par le bilan projectif. Sur le plan familial la mère s'avère une "mère-poule" dépressive et effacée, le père [illegible]

de façon rigide, et qui se révélera par la suite un caractère paranoïaque et très dépressif.

Obs N° 49 :

Nicole née le 19.5.1951., tente à nouveau de mourir par ingestion d'amxiolytiques. Première tentative en 67 dans un tableau de dépression atypique évoquant une schizophrénie débutante. Traitée par neuroleptiques elle ne revient pas en consultation. Une dysmorphophobie est centrée sur une hypotrophie mammaire avec impression de transformation corporelle. Un autisme signe la schizophrénie. Elle a ingéré les comprimés pour être enfin comprise par sa mère. Le bilan psychométrique montre un Q.I. à 93 et le profil du M.M.P.I. révèle une forme paranoïde avec composante hypomaniaque de schizophrénie.

Obs N° 50 :

Gilbert né le 1.2.1946., est hospitalisé le 12.6.68. après une 4è tentative de suicide. L'acte est froid, raisonné, décrit comme le seul possible. Il s'inscrit dans des conduites suicidaires répétées par des modalités variées et même curieuses, comme le désir de s'électrocuter au sommet d'un pylône électrique. Par ailleurs, troubles d'allure psychopathiques, sur un fond de mésentente avec ses parents, la mère est froide, le père est très violent, Gilbert tente de se tuer par arme blanche parce qu'il est menacé de la police par son père après une dispute violente. L'aspect des conduites suicidaires et une dysmorphophobie évoquent une schizophrénie qui est confirmée par le bilan psychométrique. Gilbert est élevé par sa grand-mère, avec carence affective de sa prime enfance.

Obs N° 51 :

Bruno né le [illegible].1958. est hospitalisé le 6.5.70. pour une dépression atypique avec excitation idéo-motrice et tentative de section de veines. Il a tenté quelques mois auparavant d'ingérer des médicaments dans un but d'autolyse. Cet enfant de 12 ans présente un état pré-psychotique centré sur un thème de phobie scolaire. Il vient de rentrer en classe de 6ème.

Obs N° 52 :

Eric né le 24.4.1954., veut mourir le 25.2.70. par section de veines dans un tableau de bouffée délirante aigue. Aîné de deux garçons, Eric est lycéen en terminale avec des adolescents plus âgés de deux ans en moyenne que lui. Il a toujours été en avance pour son âge dans ses études sous l'impulsion de ses parents, tous deux professeurs. Des troubles du comportement en milieu familial et scolaire débutent après mai 68, d'abord par une contestation virulente contre son milieu socio-familial qui peu à peu se transforme en un délire aigu avec thèmes de persécution et d'interprétation, ainsi qu'une fixation érotomaniaque sur une compagne de lycée. La mère pleure, dépressive. Le père ne comprend pas, pour eux c'est le milieu maudit du lycée qui a changé leur fils, s'il en sort il redevient l'enfant gentil qu'il était auparavant. Eric dit avoir craqué parce qu'il est trop jeune pour cotoyer ses camarades de 18 ou 19 ans, différents de lui car ils peuvent, eux, se permettre ce qu'on lui interdit de faire. Amoureux d'une lycéenne de son âge, il doit attendre vu sa jeunesse ... Les parents comprennent avoir exigé de leur fils, sur le plan intellectuel, une maturité excessive pour son âge, tout en

ne lui reconnaissant aucun droit de vivre sa vie sur le plan affectif, et à plus forte raison sexuelle. Le bilan psychométrique montre un Q.I. à 114, avec un profil d'allure psychotique sur le M.M.P.I. La bouffée délirante régresse sous chlorpromazine. Eric redoublera son année ; il sort plus détendu devant la compréhension de ses parents.

Obs N° 53 :

Fabrice né le 23.9.1952. ingère des médicaments dans un but d'autolyse le 16.6.69., deux mois après une hospitalisation pour troubles du comportement. Aîné de 5 enfants, apprenti-plombier, il travaille avec son père. Il existe une réelle intolérance des parents envers Fabrice. Le père s'est mariée adolescente, enceinte de Fabrice, et a brisé toute sa vie à cause de lui. Il est pour elle tout le portrait de son père, très brutal. La mère reproche à Fabrice d'être son fils, et le père lui reproche de ne pas être le sien. Il n'est materné que par sa grand-mère, et il fuit chez elle après la première hospitalisation, les reproches de la mère et les coups du père, et peu après il présente un tableau d'anxiété délirante, évoquant une bouffée dissociative. Il ingère alors les comprimés. Les troubles régressent sous neuroleptiques, Fabrice sort repris par sa mère, qui lui adresse encore des reproches virulents : "tu es comme ton père ... il y a 17 ans que j'en vois des dures avec lui, et j'en verrai autant avec toi, tu n'es qu'un brigand.. et dire que je n'ai que 36 ans.. tu lui ressembles .." l'enfant répond buté : "il n'est pas mon père, je ne lui ressemble pas". Et la mère, haussant les épaules, "ça va recommencer, Docteur, il va se laisser mourir dans son lit, on n'en fera jamais rien".

Obs N° 54 :

Bernard né le 8.11.1953. est hospitalisé le 5.6.69. après 3ème tentative de suicide par ingestion de Valium. Il a déjà tenté de sauter d'un train en marche et de se sectionner les veines du poignet. Débile léger, en apprentissage depuis deux mois après 6 ans passés dans un institut Médico-Professionnel, il est menacé par la mère d'être à nouveau placé en raison de ses troubles du comportement. Ceux-ci sont en rapport avec la mauvaise qualité des rapports familiaux. Bernard ingère des comprimés pour ne pas voir ses parents. Le père est faible et dépassé, la mère est dépressive, à la limite du délire. Bernard est son seul enfant, elle s'est "droguée" et a consulté un magnétiseur pour l'avoir. Elle prévoit ses colères, en fait elle induit ses troubles du comportement et le materne comme un bébé. Un aspect hébéphréno-catatonique est amélioré par du Majeptil. Très ambivalent vis-à-vis de sa mère, Bernard recherche et fuit en même temps cette symbiose mère-fils. L'amélioration de son état n'apparait que lorsque la mère accepte de consulter elle-même un Psychiâtre. Il proteste par sa tentative contre sa condition de bébé.

Tentatives Non Psychiâtriques : Pathologie en Soi

Obs N°55 :

Christian né le 3.11.1952., est hospitalisé le 31.12.68. pour tentative de suicide par ingestion d'Aspirine. Christian a quitté sa place de magasinier alors qu'il se trouvait seul dans la ville, ses parents partis en vacances ne devaient rentrer que début janvier. Il voulait dormir, dit-il, mais le but de la tentative est de contraindre le père à revenir précipitamment à Reims. L'adolescent présente une névrose de caractère, indication d'une psychothérapie qui lui est proposée.

Obs N° 56 :

Jean-Claude est né le 16.6.1949. Hospitalisé le 24.1.69. après ingestion volontaire de Sympathyl réactionnelle à un problème familial, il présente un aspect de dépression atypique et extériorise des thèmes délirants de persécution localisés à son village. Il doit épouser en avril sa fiancée enceinte. La mère est décédée en 1967. Le père boit et serait très nerveux. La tentative a pour but de lui faire peur et de lui faire comprendre qu'il doit changer.

Crises Dissociatives de l'Adolescence

Obs N° 57 :

Jean-Luc né le 2.9.1952. ingère de l'Insidon le 6.2.68., dans un tableau dissociatif [illegible] avec [illegible]. Collégien, aîné de 3 garçons, il présente d'après la mère un caractère schizoïde avec petits troubles caractériels et épisodes d'asthénie et d'inhibition récents mis sur le compte d'un surmenage scolaire. Elle ne s'inquiète pas d'une première tentative par ingestion d'Alunozal. La mère se décrit comme nerveuse, le père renfermé comme son fils, va jouer aux cartes plutôt que de discuter avec lui quand il le désire. Il présente, lui-même, une dépression dix ans auparavant avec idées de mort après avoir pris une gerance avec sa femme. Son état s'améliore quand il quitte ce métier pour travailler à nouveau dans une ferme. Il travaille beaucoup et n'a que peu de temps à consacrer à ses enfants. Jean-Luc critique sa tentative, il présente la même inadaptation sociale hors du milieu rural, il n'accepte de poursuivre ses études que si elles peuvent lui donner un métier dans la nature. Un traitement par Desipramine et Halopéridol améliorent le syndrome dépressif et dissociatif. Les consultations ultérieures confirment qu'il s'agit d'un épisode dissociatif de l'adolescence et non une schizophrénie confirmée. Jean-Luc rentre dans un lycée agricole, l'ambiance familiale est détendue, le dialogue est meilleur.

Obs N° 58 :

[illegible] née le 17.4.1952. est hospitalisée le 20.4.[illegible] pour ingestion impulsive d'Optalidon dans le cadre d'un épisode dissociati[illegible] de l'adolescence, lié à un manque de sommeil et une situation familiale difficile chez une jeune ouvrière. Enfant unique de parents séparés, elle vit avec son père. L'aspect éthylique, celui-ci ne comprend pas, rentrée aux aurores après une de ses sorties nocturnes habituelles, il l'a grondée, c'est tout. La mère vient avec son concubin, elle a quitté [illegible] après avoir supporté pendant 16 ans son caractère jaloux,et autoritaire. Il a repris sa fille. Place aux gendarmes, mais Jacqueline se plait mieux auprès d'elle qui la laisse faire tout ce qu'elle veut ... "je suis une copine pour ma fille". La mère a, elle-même, été hospitalisée pour une tentative de suicide, "mais j'avais mes raisons,"dit-elle. Elle se s'est mariée que parce qu'elle était enceinte de Jacqueline. Après une période de mutisme, l'adolescente décrit un automatisme auquel elle a ingéré des comprimés pour obéir à une voix intérieure. L'aspect dissociatif se dissipe vite, elle a certes voulu mourir, énervée depuis quelques temps, elle s'isolait et ne dormait pas. Elle sort détendue et souriante après traitement d'anti-dépresseurs et neuroleptiques.

[illegible]

Sylvie née le 29.7.1951. ingère des barbituriques le 3.8.68. après une déception sentimentale. Son premier amour platonique ne vient pas à [illegible] rendez-vous, elle pleure et veut mourir. La tentative s'inscrit, dans une crise d'adolescence qui résulte d'un climat familial peu propice au dialogue et [illegible] par un épisode traumatisant. Aînée de 3 filles, deux ans auparavant Sylvie est très affectée par l'implication de ses parents dans un épisode judiciaire de recel pour vol dont ils sont, par la suite, disculpés ; mais elle reste attirée par tout ce qui est excentrique et morbide, lit des romans policiers à "cause des morts" ; elle présente des difficultés intellectuelles dans ses études de piano. Éprise d'idéal et d'absolu, déçue par la vie comme elle a déçu ses parents et ses professeurs, pense-t-elle, elle ne désire plus que la solitude, l'obscurité. Elle veut mourir dans cette sombre période. Avant sa tentative, elle écrit deux lettres emphatiques et tragiques "d'une épave qui ne sert à rien" où se mêlent des thèmes désespérés, des vers de Verlaine ... "Oh, Mon Bel Amour, tu fus bien éphémère .. Il pleut, il pleure"..
Réfugiée dans sa solitude, sans aide de ses parents qui ne lui parlent pas, elle se juge romantique et non adaptée au monde actuel, ses lettres et son acte expriment sa protestation, son refus du monde qui la déçoit

Protestation Contre l'Absence Parentale

Obs N° 60 :

Serge né le 22.4.1948., ingère massivement un antalgique dans un but d'autolyse le 2.9.68. Huitième de 10 enfants, son père est décédé. Il travaille loin de sa mère chez un vigneron et n'a pas passé son C.E.P. pour travailler la terre. La tentative est impulsive, après une remontrance de son employeur, mais elle s'inscrit dans un contexte d'irracibilité caractérielle et semble une façon de protester violemment et commodément contre son isolement

et son triste sort. Il n'avait pas vu sa mère depuis un an. La critique de l'acte est bonne, il ne récidivera pas. Il n'avait pas pensé qu'il pouvait en mourir.

Obs N° 61 :

Pierre né le 3.5.1951., ingère des médicaments pour la seconde fois le 4.3.67. La dépression est d'origine affective : il ne connaît pas son vrai père ; abandonné à l'âge de trois ans par sa mère, il est élevé par des parents adoptifs avec leur propre enfant. Il n'ose pas se confier à son père adoptif. En 1965, il fugue pour retrouver sa vraie mère dont les parents adoptifs lui ont montré la photo. Ramené par la police, il tente pour la première fois d'ingérer des comprimés. Etudiant, isolé en internat, il se déprime pensant à sa mère et veut mourir. Il écrit plusieurs lettres : à ses parents il parle de sa "douleur morale" "après ces quinze ans de cauchemar ma mort est fatale, le monde a été injuste envers moi", à sa mère, il écrit son adoration et reproche tendrement son absence. Le suicide constitue la seule protection possible contre sa solitude désespérée.

Troubles de la relation Oedipienne

Obs N° 62 :

Guy né le 3.12.1950 est hospitalisé le 9.9.68. Sixième de huit enfants, il vit dans sa famille. Ses parents n'approuvent pas son flirt avec une jeune fille de seize ans. Sa mère lui interdit de sortir, il absorbe vers minuit 50 comprimés de Nivaquine avec désir réel de mort. La tentative impulsive survient dans une crise d'adolescents, avec révolte contre la mère. Selon lui : "c'était une façon de me venger de ma mère comme un gosse..". La mère, autoritaire, surveille mes fréquentations et ses sorties. Le père plus libéral ne porte pas la culotte dans le ménage. Traité par anti-dépresseur intra-veineux.

Obs N° 63 :

Jacques Né le 20.10.1948. tente le 30.5.69. de se suicider en se portant des coups de couteau sur la voie publique. Le passage à l'acte s'accompagne d'anxiété laconaire et survient après un choc affectif. Fils aîné, il est amoureux d'une métisse fille unique, celle-ci rompt avec lui après avoir passé un week-end avec son propre père. Il vit alors dans une véritable conflagration oedipienne, sa rivalité avec le père. Il se présente dans un véritable état d'épuisement psychique, et sort détendu par les sédatifs.

Famille de Suicidaires

Obs N° 64 :

Serge né le 21.11.1950., est hospitalisé pour ingestion au Gardénal le 27.6.66. La mère refuse de lui donner de l'argent pour mettre de l'essence dans sa mobylette. Collégien, effué de 3 échecs, Serge ne veut pas

travailler avec son père artisan électricien. Il désire préparer son C.A.P. d'électricien en internat. Les parents partent en vacances pendant son hospitalisation ...

Récidive par ingestion de barbituriques le 30.3.68. réactionnelle à une dispute avec les parents à propos d'une fille qui l'a déçu. Après avoir obtenu son C.AP., il travaille avec le père, mais les heurts sont fréquents. Par son geste, il veut dormir et aussi mourir, il le regrette mais recommencera peut-être ; il en est fier ... Un aspect dissociatif transitoire avec thèmes interprétants régresse bien sous Haloperidol. A sa sortie, il ne croit pas qu'il recommencera car il réalise que s'il était mort ...

La tentative proteste surtout contre un père caractériel et une mère hyperprotectrice. Serge souhaite travailler avec le père, mais obtient une chambre dans un foyer de jeunes travailleurs. Aucune récidive à ce jour.

Obs N° 65 :

Françoise née le 22.11.1953. Hospitalisée le 21.3.69. après ingestion d'Epanal et d'Equanil. Le père lui interdit de fréquenter un jeune étranger. Elle apprend la sténo-dactylographie et se présente comme une caractérielle avec des réactions d'opposition aux parents et d'intolérance à la frustration. Le frère Serge a effectué deux tentatives de suicide (Obs N° 64) Le père artisan se tue à la tâche pour élever ses enfants, mais il ne les voit pratiquement pas et, très rigide, ne les comprend guère. La mère, obèse, froide et rejetante, ne dialogue pas avec eux. Pour elle, sa fille, traitée pour nervosité depuis l'enfance, est têtue et caractérielle comme son père et elle recommencera ... Pour le père, si tous les parents étaient fermes avec leurs enfants, tout cela n'arriverait pas. La rigidité de ses principes moraux semble paranoïaque. Par sa tentative, Françoise proteste contre la frustration affective imposée. Elle a déjà "avalé" des comprimés pour "oublier" et laisse entendre qu'elle récidivera si la situation ne change pas. Elle sort sans médicaments utilisables dans un but d'autolyse.

Obs N° 66 :

Danièle née le 13.3.1952. Hospitalisée à deux reprises pour ingestion médicamenteuse. Première tentative après une dispute avec une soeur. Dernière de 14 enfants, piqueuse en confection, elle vit dans une atmosphère familiale tendue. Le père aurait eu des gestes déplacés avec elle et une autre soeur. Le 8.10.68., menacée d'être renvoyée de son usine, elle absorbe à nouveau des comprimés variés. Nerveuse, elle ne supporte rien, et ne veut plus retourner chez son père. Le père, en invalidité, est un éthylique, il lui fait peur. Elle menace de récidiver si on la rend à sa famille. Fiancée, elle désire se marier. Le père semble jouer un rôle pathogène dans le milieu familial. Une soeur confirme avoir elle-même fui pour les mêmes raisons, elle s'est mariée après avoir protesté par une tentative de suicide. Le père accepte le mariage de sa fille, depuis ce jour pas de récidive.

Dans la fratrie, 7 frères et 7 soeurs, 4 garçons (dont Pierre Obs N°33) et 3 filles ont présenté une conduite suicidaire.

Structures d'Exclusion Familiale

Obs N° 69 :

Régine née le 15.1.1951. Hospitalisation le 8.3.69. pour une épilepsie psycho-motrice avec terrain hystérique dans un contexte de crainte et d'opposition vis-à-vis du milieu familial, en particulier la mère. Un conflit oppose Régine à sa mère, rigide et autoritaire. 3ème de cinq enfants, Régine a une enfance très surveillée car elle était chétive. Elle aborde spontanément un problème affectif et nous demande de le résoudre avant sa sortie. Elle ne peut en parler à sa famille avec qui il n'existe aucun dialogue. Les visites sont source de disputes et de violences, et suivies d'agressivité contre toute forme d'autorité lui rappelant celle de sa mère. L'année précédente, une soeur de 16 ans a tenté de se noyer mais, ajoute Régine, cela n'a pas servi de leçon à ses parents. Elle désire les revoir le plus tard possible. La mère castatrice et phallique porte la culotte, le père est inexistant, il ne parle même pas. En raison du climat familial, le pronostic est donc très réservé lorsque la malade sort.

Le 9.3.70., tentative de suicide par ingestion de Tégrétol, avec amnésie des circonstances exactes. Elle ne répond pas aux parents qui lui en demandent la raison. La mère lui donne à choisir entre les sorties ou ses études, alors que la soeur sort à son gré. Elle ne voit pratiquement pas son père, et sa mère lui donne l'impression d'être toujours en colère. Par ailleurs, depuis son enfance, Régine désire être Professeur d'Education Physique car, dit-elle, "les mouvements du corps c'est un langage", ses parents refusent et l'ont contrainte à étudier pour devenir laborantine, ce métier lui déplait ... Mourir lui est égal, à cause de ces raisons, mais surtout parce que cela aurait mis un terme aux disputes avec les parents. Elle ne regrette pas d'avoir pris les comprimés, et même de mourir .. Quand on n'arrive pas à ce qu'on veut, quand on gâche une partie de sa vie, autant mourir...

Régine proteste contre une situation familiale intolérable l'interdiction des sorties, le métier imposé, les disputes avec les parents ne font que traduire les mauvaises relations avec une mère pathogène, le père n'est jamais intervenu pour l'aider.

Obs N° 70 :

Claudine née le 20.8.1950., seconde tentative par ingestion d'Imenoc..l le 4.3.70., en contexte dépressif lié à une situation familiale conflictuelle. Le père éthylique est désintoxiqué en vain. La mère est une névrotique rejetante qui détruit sa fille au point d'avoir une fois tenté de l'ébouillanter. Claudine veut mourir après avoir été jetée à la porte de la maison familiale, sans travail. En 67, la mère l'a obligée à quitter plusieurs emplois successifs en dépensant son compte d'où une première absorption impulsive de barbituriques. Claudine ne veut que se suicider, elle se trouve laide et bonne à rien, ses parents lui répètent sans cesse qu'elle est folle, laide. Ils ne lui rendent aucune visite pendant son hospitalisation. Elle ne peut protester qu'en voulant mourir. Elle se présente plus comme une névrose de caractère avec obsession suicidaire liée à sa situation familiale infernale que comme une dépressive vraie. Un traitement anti-dépresseur intraveineux améliore l'humeur.

Obs N& 69 :

Martine née le 6 .1953. ingère du Phénergan après une déception sentimentale au second plan d'unconflit familial. la mère a déjà une petite fille quand le père, lui-même divorcé, l'a épousé. Deux filles naissent de ce mariage, Martine est la seconde. Un soir elle rentre en retard, le père la dispute violemment : elle avale les comprimés qu'elle gardait en pensant au suicide depuis longtemps. L'année précédente, elle a tenté de se coupé les veines parce que les parents lui interdisent de sortir avec un garçon. Son père ne l'aime pas, il souhaite sa mort et le lui a dit. La mère confirme : il la traite de tous les noms lorsqu'elle sort, de même il insulte sa femme. Martine est décrite comme une caractérielle qui sort trop, ne participe pas aux travaux domestiques, et répond à sa mère qui la gifle. Le père juge [illegible] de "[illegible]", il fait payer [illegible] fait que sa femme a eu un enfant d'un autre homme, avant son mariage. La mère, de son côté, tente d'utiliser Martine contre son père, elle favorise même à son insu les relations interdites par le père avec l'ami, Elle avoue avoir pensé elle-même très souvent, à se suicider aussi dans cet enfer familial, dit-elle. Martine est reprise par le père.

[illegible]

Alain né le 16.12.1951., ingère du Gardénal après une déception sentimentale le 9.11.68. Cette tentative d'autolyse est la [illegible]. D'un milieu modeste, le père est un ouvrier agricole éthylique, [illegible] une paranoïaque rejetante. Il se présente, derrière des [illegible] un névrosé grave à la limite de la dissociation. Elevé de [illegible] sans par la grand-mère paternelle, après son C.EP., il est placé contre [illegible] Il rend responsable son milieu familial [illegible], il tente de [illegible] après la visite de ses parents, de se taillader les veines pendant sa convalescence en maison de repos. Chaque tentative de réinsertion professionnelle est sabotée par les parents. La sismothérapie s'avère [illegible] fois hospitalisations, Alain doit être transféré en Hôpital [illegible].

[illegible]

Claude née le 26.6.1952., employée de maison,le 2.4.69. ingère dans un but d'autolyse des ampoules injectables de Gardénal. Tentative en rapport avec un [illegible].

La mère divorcée est remariée avec un garde-chasse éthylique, celui-ci aurait eu des gestes déplacés vis-à-vis de la malade. Une soeur ayant fui le milieu familial par un mariage confirme l'attitude équivoque du beau-père à son égard. La mère défend son mari, puis s'effondre en larmes, dépressive. En réalité, il semble que la conduite de Monsieur R., équivoque certes, est quelque peu dramatisé par Claude sous l'influence de sa soeur. Les deux filles n'ont pas accepté le remariage de leur mère et détestent leur beau-père. Par sa tentative, Claude protestait surtout contre ce remariage mal admis et la présence du beau-père. Amélioration de l'humeur par anti-dépresseur intra-veineux.

Absence Physique de la Mère

Obs N° 72 :

Marie-Christine née le 22.10.1947. hospitalisée le 28.1.68. pour tentative par ingestion d'Imeson. Célibataire, 3ème de 6 enfants, elle est traitée pour comitialité. La mère est internée depuis trois ans dans un Hôpital Psychiâtrique, elle travaille dans le magasin de son père et joue à la maison le rôle de bonne à tout faire, très exploitée. Elle désire effectuer des études de puéricultrice, à l'entrée figée et dépressive elle en "a assez de tout". Par sa tentative, elle proteste contre son triste sort. Après sismothérapie, tristesse et inhibition disparaissent. Elle entreprend des études d'Infirmière. Suivie régulièrement, elle est stabilisée sur le plan comitial et thymique.

Obs N° 73 :

Rolande née le 31.7.1949, tente de s'asphyxier par gaz de ville le 14.12.68. après une déception sentimentale. Manoeuvre, célibataire, sa mère décède en 1960, elle doit s'occuper depuis de ses 6 frères et soeurs. Le tableau mélancolique nécessite une sismothérapie. L'aspect atypique pose le problème d'une structure psychotique sous-jacente. Après une reprise de travail, Rolande fait une nouvelle tentative et pense toujours à sa déception.

Obs N° 74 :

Zora née le 23.2.1948. est hospitalisée le 3.4.69. pour troubles névrotiques avec état dépressif atypique. Le 6.11.69., ingestion de Majeptil dans un but d'autolyse. Le contact semble bon. Zora est obligée depuis des années de tenir la place de sa mère auprès de 5 frères et de son père algérien éthylique quitté par sa femme -elle se trouve dans une situation intenable dont les deux seules portes de sorties pathologiques sont la schizophrénie ou le suicide. La porte normale de sortie serait une tentative de vie autonome en dehors du cadre familial. Elle se plaint d'un manque d'affection et de l'absence du père, elle se débat dans des difficultés financières et manque de liberté familiale. La tentative lui apparait comme la seule modalité possible de protestation contre cet enfer familial.

Obs N° 75 :

Martine est hospitalisée le 23.3.70.après ingestion d'hypnogène et d'anxiolytique réactionnelle à une situation familiale pénible. Agée de 16 ans, seconde de 4 enfants, elle doit, en plus de son travail d'usine, tenir l'intérieur familial car la mère invalide est actuellement en maison de repos. Les 3 frères et le père, ne comprennent pas ses difficultés "drôle de vie que celle d'une femme de Portugais" dit-elle. En 69, Martine proteste par une intoxication éthylique aigue au vin rouge après une contrariété en milieu familial. Le père, portugais, rigide comprend difficilement qu'une vie de femme ne consiste pas uniquement en ces tâches domestiques exclusives. Une aide familiale est demander pour aider Martine dans son foyer.

Couple mère-fille

Obs N° 76 :

Catherine née le 5.12.1949., présente depuis l'âge de 16 ans des chutes hystériques et des tentatives de suicide itératives par ingestion médicamenteuse et éraillures des poignets entraînant 7 hospitalisations en 2 ans. Tout travail scolaire et professionnel se traduit par un échec. Le diagnostic de psychose hystérique est porté. Le milieu familial est pathogène, le père éthylique désintoxiqué en vain multiplie les séjours en milieu psychiâtrique et les arrêts de travail. La mère phallique et possessive l'a épousé par pitié, elle vit avec sa fille dans une symbiose ouatée réalisant un véritable cocon. Il existe une compétition de régression au stade de bébé et de malade entre le père et la fille devant la mère, qui du reste les appelle ses "deux bébés". Catherine présente une ambivalence profonde vis-à-vis de ses parents, il existe en elle une petite Cathy qui ne peut vivre hors du cocon, et la grande Catherine qui étouffe à l'intérieur et reproche au père de l'y avoir laissé.

Les tentatives sont, un moyen de protester, une demande d'aide et de dialogue qu'elle ne peut trouver qu'en milieu hospitalier où elle se réfugie périodiquement. Une psychothérapie en milieu institutionnel loin du milieu familial pathogène ne peut être réalisée, une psychothérapie individuelle est tentée pour lui faire abandonner son statut d'enfant dépendant de la mère possessive et accepter la féminité. L'adolescente se détache peu à peu de l'emprise familiale et se marie. La psychothérapie se poursuit, non sans difficultés pour tenter de sortir la malade de son mode phantasmatique et de la réinsérer dans la réalité.

Obs N° 77 :

Dominique née le 29.10.1952. est hospitalisée le 19.2.70. pour état dépressif névrotique avec tentative de suicide par ingestion de somnifères. La situation familiale est pathogène, les parents sont séparés depuis 10 mois. Collégienne, Dominique est la seconde de 3 enfants, une fille prénommée Dominique est décédée un an avant la naissance. La mère hyperprotectrice, a difficilement admis que la première Dominique ne vive pas, et en réalité Dominique tient la place de cette morte dans son esprit. La mère présente une dépression en 68, les scènes de ménage sont alors fréquentes, Dominique rejette totalement son père de sa vie, elle réalise un véritable couple avec la mère, elle [illegible] des troubles du comportement pour faire céder la mère, celle-ci la fait sortir contre avis médical ...

Obs N° 78 :

Josette née le 8.9.1950. Une troisième tentative par ingestion médicamenteuse nécessite son hospitalisation le 26.9.69., apparemment réactionnelle à une déception sentimentale, elle succède à une violente dispute avec le beau-père. La situation familiale est complexe, Josette est née avec un frère aîné d'un premier mariage, le père meurt quand elle a 8 ans, la mère remariée quand elle en a 12 avec un industriel. 6 enfants sont nés de ce second mariage, Traitée depuis son enfance pour des crises d'asthme et un eczéma, Josette est décrite par un Psychiâtre comme une caractéropathe sévère,

instable et hystérique, inaccessible même à la psychothérapie. Elle présente des troubles du comportement avec instabilité professionnelle, perturbations des conduites [illegible] et [illegible] mis sur le compte d'une perversité foncière par les parents. Ses troubles traduisent son agressivité contre sa mère et son beau-père et cherchent à les atteindre dans ce qu'ils ont de plus cher : leur honorabilité familiale. Elle leur fait payer cher le remariage de la mère et la venue d'autres enfants, à qui elle a, du reste, tenté de nuire. [illegible] de longue date, elle a, du reste, provoqué la rupture avec le garçon. Elle est jalouse de sa mère. Rien ne serait arrivé si son vrai père était là, dit-elle. Le beau-père n'est présent que pour payer les pots cassés, afin d'éviter le scandale, la mère pleure profondément dépressive. Josette semble vouloir tuer sa mère par ses conduites scandaleuses et suicidaires. Les deux femmes sont unies dans un couple qui se torture et se détruit [illegible] depuis la mort du vrai père. Intolérante à toute frustration, Josette s'avère incapable de suivre une psychothérapie régulière.

[illegible]

[illegible] née le 1.2.1952., lycéenne en classe de seconde. [illegible] pour [illegible] atypique avec obsession suicidaire et ingestion de comprimés récente. En novembre 69, une tentative de suicide par section de veines et ingestion médicamenteuse nécessite une hospitalisation de deux mois, en milieu psychiâtrique. L'aspect est celui d'une psychotique avec apragmatisme, pauvreté de la communication. Le couple parental est dissocié. L'image paternelle est totalement dévalorisée. Le père, en effet, est un grave caractériel et un pervers sexuel : il a tenté d'abuser d'elle à l'âge de 11 ans. De 3 à 5 ans, elle vit séparée de lui. D'origine grecque, il séjourne pendant cette époque en allemagne. Elle le réclame et à [illegible] ans est heureuse de le retrouver "j'ai un père" répète-elle. A présent, elle a honte de ce père, la mort est une obsession pour elle, sa seule issue. Elle est la seule possibilité d'exprimer son refus de la vie telle qu'elle s'est présentée. Elle exige le droit de se tuer et son désir de mort signifie la non acceptation de la loi paternelle pervertie qui lui est imposée. L'hospitalisation en milieu psychiâtrique semble le seul refuge contre son angoisse, sa seule défense contre ses pulsions de mort.

La mère, hyperprotectrice, l'appelle son petit bébé, et la juge redevenue la petite fille qu'elle était à 5 ans. Noelle réalise avec sa mère, par ailleurs dépressive un couple mère-fille très pathogène. Dans [illegible] mourir. Le traitement d'anti-dépresseur et la sismothérapie s'avèrent de peu d'effets sur cette structure psychotique. La mère la fait sortir contre avis médical. Noelle revient en consultation, elle vit en dehors de sa famille, sur un mode très autiste, elle déclare avoir commencé à se droguer.

[illegible]

Bernadette née le 4.3.1951. Ouvrière enceinte de deux mois l'ingestion polymédicamenteuse est apparemment réactionnelle à une rupture avec le fiancé. Elle présente une névrose avec conduite d'échec induite par un milieu familial perturbé. Elle est élevée sans père, par des femmes, en effet sa mère hystérique et tuberculeuse a été élevée par une [illegible]

fois mère célibataire, elle a elle-même présenté des conduites suicidaires. En pratique, c'est la grand-mère qui élève Bernadette, tiraillée entre ces deux femmes sans image paternelle valable, la mère abandonnée par le père qui lui répète sans cesse qu'il était un triste sire comme tous les hommes.

Névrotique, élevée sans initiatives, elle n'accepte pas sa condition d'ouvrière, elle change sans cesse de place, elle se fiance avec un étudiant et c'est elle qui provoque la rupture en le trompant avec un voyou. Elle ne peut réussir à vivre avec un homme. Devant les reproches de la mère, elle fuit dans la conduite suicidaire ; après un traitement anti-dépresseur, Bernadette est placée en Maison Maternelle.

Carence éducative

Obs [illegible] :

Francine née le 13.8.1954. ingère des comprimés pour éviter le placement en éducation surveillée dont l'a menacée la mère. La carence éducative est totale. Le père impulsif est souvent absent, la mère est faible et débordée. Francine est une caractérielle intolérante à la frustration, elle réagit impulsivement sur le mode suicidaire quand elle est menacée. Elle a déjà fait une tentative à l'âge de 13 ans. Il s'agissait en fait d'une tentative collective de 31 adolescentes surprises en train de voler dans un magasin. Francine passe donc à l'acte par crainte de la réprimande, sans thèmes dépressifs. Elle ne veut pas être placée, car elle ne verrait plus son fiancé, par ailleurs une amie a [illegible] des comprimés dans un but d'autolyse.

Obs N° 82 :

Marie-Noelle née le 16.4.1952. ingère le 6.10.68. des médicaments variés. Le motif est l'interdiction d'une sortie. Quatrième de 7 enfants, Marie-Noelle s'est organisée sur un mode caractériel, la mésentente chronique est avec la mère rigide et autoritaire, le père éthylique n'offre pas d'image paternelle valable.

[illegible]

Annie née le 16.11.1949 est hospitalisée le 26.11.69. pour astasie-abasie hystérique. Elle se taillade les veines du bras dans un moment dépressif. Placée comme employée de maison par l'Assistance Publique contre son gré depuis deux ans, elle ne veut plus exercer ce métier, ne se croit pas comme les autres car elle est de l'Assistance. N'ayant jamais connu ses parents elle ne se sent pas aimée et désire une vie de famille. Son patron, ne la comprend pas. Il faut que quelque chose change, elle désire habiter dans un Foyer de Jeunes Filles .. Elle ne supporte pas d'être, bien sûr, traitée de comédienne. Annie sort plus détendue, mais est à nouveau hospitalisée peu après pour ingestion volontaire du Dogmatil prescrit. Elle n'a pas trouvé de travail ; l'abasie a disparue. Prise en charge par une Assistante Sociale qui lui trouve un autre travail, Annie semble à présent réinsérée sur le plan social.

Milieu familial dissocié

Obs N° 84 :

Marie-Jeanne née le 27.7.1951. est hospitalisée le 8.6.70., pour ingestion de comprimés et section des veines du poignet. Lycéenne, aînée de 4 enfants, elle habite avec le père militaire en instance de divorce. Personnalité affectivement immature, elle parle d'une façon très théatrale de sa liaison avec un professeur marié. Il s'agit d'une conduite suicidaire impulsive après une déception sentimentale chez une adolescente fixée sur une image paternelle plus acceptable que celle de son père. Elle se révèle vite une mythomane avec labilité émotionnelle, histrionisme, et réactions excessives au moindre traumatisme affectif. Elle évolue dans un monde de rêverie se drape dans ses idées suicidaires, telle une tragédienne pathétique. La mère a tenté, elle-même, de se tuer après une dispute violente avec le mari trois ans auparavant. Un traitement anti-dépresseur améliore l'élément dépressif, mais la structure hystérique demeure. Marie-Jeanne présente une grande crise pathétique lorsqu'elle revoit l'objet de sa fixation affective. Une psychothérapie de soutien améliore les troubles du comportement.

Obs N° 85 :

Martine née le 5.9.1954. est une névrose de caractère sévère, hospitalisée le 31.3.70. après ingestion volontaire de cachets anti-grippaux. Les parents se séparent quand elle avait 3 ans, elle a vécu à partir de cet âge chez la mère, et depuis peu chez le père. Il s'agit d'un mariage forcé par la naissance non désirée de Martine, le père et la mère se remarient lorsqu'elle avait [illegible] ans. Elle effectue plusieurs fugues; Apprentie-coiffeuse, elle rompt son troisième contrat d'apprentissage en raison de ses troubles caractériels.

Elle déclare aimer sa mère, mais refuser de la rejoindre à cause de la présence du beau-père dont elle n'admet pas l'autorité. Elle n'accepte pas la séparation et le remariage de ses parents, pour elle le bonheur ne peut se concevoir qu'à travers un foyer où les deux conjoints s'aiment, et où leurs enfants peuvent leur parler. Elle fait ses bêtises à cause de ses parents, dit-elle. Pour le père, il faut la placer car il ne comprend pas son comportement en effet, dit-il, il décrit les vacances prévues, l'appartement "il ne lui manque pourtant rien". Mais, avoue-t-il, cette fille qui est son enfant il la connait mal, il ne peut plus la reprendre avec lui, car elle ne désire qu'une chose, vivre avec ses trois parents ensemble la vie commune. Elle sait pourtant bien que c'est impossible.

Le beau-père la juge sévèrement car elle ne regrette rien, et ne pense pas volontairement à sa mère, elle fait ses bêtises les jours de fête comme une espèce de vengeance. Du reste, elle veut être perverse, car elle se levait la nuit pour pincer le premier enfant du second mariage. La mère pleure, silencieuse ... Peu après, Martine déclare, "sa mère, je l'aime bien, mais elle ne m'a jamais aimée, elle ne me désirait pas", l'adolescente se juge lucidement, elle se laisse entraîner par ses fréquentations, elle n'a jamais pu parler avec ses parents. A présent, il lui faudrait avoir toujours quelqu'un derrière elle pour lui dire ce qu'elle doit faire et pour lui éviter de fréquenter des gens qui font des bêtises comme elle. Ce doit être écrit sur son visage, le mal qu'elle porte en elle. Elle n'a pas voulu mourir .. Il lui faudrait aller dans un internat pour être certaine de ne plus faire de bêtises.

Obs [illegible] :

Marie-Therèse née le 10.6.1956, est hospitalisée pour tentative [illegible] par ingestion de barbituriques. Le milieu familial est dissocié. Elle est la 6ème de 7 enfants vivants, dont 2 débiles et 2 caractériels, la mère a présenté 21 grosse[illegible]. Elle vient de quitter le père agriculteur. Ne l'ayant jamais épousé légalement, les enfants portent son nom et elle en a la garde. Marie-Thérèse dépend du Juge des Enfants, car sa mère n'a pas assumé sa garde après [illegible] le [illegible] ial. Le père boit, il veut parfois étrang[illegible] sa fille coucher [illegible] à la belle etoile. A présen[illegible] boit plus. Depuis la séparation des parents, [illegible] tendance dépressive avec pleurs et repli sur elle-même. [illegible] tentative a con[illegible] la seule protestation possible [illegible] séparation de ses parents [illegible] l'abandon de la mère [illegible]. Pendant l'hospitalisation, elle décrit un traumatisme [illegible] survenu quand elle avait 7 ans.

Obs [illegible] :

Chantal née le 17.2.1948., lycéenne, aînée de deux enfants, ingère des somnifères à la suite d'une réprimande maternelle : Chantal est sortie laissant seule la soeur confiée à sa garde. En fait, il existe un problème familial : l'adolescente a surpris une violente discussion entre ses parents à propos d'une cour trop pressante faite par un oncle à la mère. La mère, dépressive, a déjà été hospitalisée en psychiâtrie. Pour elle, Chantal après la discussion s'est fait des idées, mais elle n'a pu en parler avec elle "à [illegible] on ne peut pas parler de ses choses là ..." De même, elle n'a pu lui parler des "choses sexuelles" car elle n'a que 14 ans, alors l'une [illegible] l'autre sont restées dans leur coin. Le père, de son côté, ne se manifeste pas. Un traitement anti-dépresseur améliore [illegible].

Obs N° 88 :

Marie-Thérèse née le 4.1.1954. est hospitalisée le 13.4.68., après ingestion médicamenteuse réactionnelle à une déception sentimentale. Il existe une mésentente familiale entre les parents qui se disputent pour des futilités et entre la fille et le père, décrit comme indifférent et coléreux. L'adolescente juge absurde son geste à cause du garçon, elle semble névrotique, en raison de la mauvaise atmosphère familiale, et présente des [illegible] manifestations hystériques.

Obs [illegible] :

Françoise [illegible] 22.1.1954. Tentative par ingestion de comprimés après une déception sentimentale le 19.3.70. Issue d'un remariage de deux divorces, elle fuit l'absence de dialogue familial dans une aventure avec le premier garçon connu. Françoise se plaint de la froideur de son père et de l'excessive protection de sa mère. Pour eux, le côté matériel est le plus important, leur éducation est stricte. Le père lui [illegible] de sortir avec le garçon et elle doit leur mentir pour le voir, ce qui la dégoûte, dit-elle.

Ses questions sur l'éducation sexuelle n'ont jamais reçu de réponses de la part de la mère qui la juge trop jeune, on ne parle pas de

ces choses là. Hyperprotectrice, elle couve sa fille depuis un traumatisme crânien sans séquelles survenu à l'âge de [illegible] ans. Françoise n'admet pas être considérée comme malade depuis l'accident. Le père se juge lui-même le croque-mitaine. Françoise n'embrasse pas son père qui ne l'a jamais embrassée dans sa petite enfance car il est froid. Il s'est engagé très tôt dans l'Armée pour fuir ses parents avec lesquels il ne s'entendait pas. Elle étouffe dans son milieu familial, veut son indépendance. Sur le plan matériel ses parents l'ont beaucoup trop gâtée, elle est [illegible] trop possessive. Elle ne peut pas supporter la souffrance morale. Elle reprendrait volontiers des comprimés, moyen si simple pour oublier et règler les problèmes.

Caractérielle intolérante à la frustration, elle exige beaucoup trop de la vie pour ne pas être déçue. Elle a fui dans son premier amour et a placé le garçon sur un piédestal beaucoup trop élevé pour qu'il n'en tombe pas en la décevant amèrement. Elle a idéalisé l'amour du premier garçon rencontré et n'a pu supporté d'être déçue par lui. Elle a voulu fuir le monde réel, laid et hypocrite, dit-elle, et retrouver un autre monde sans hypocrisie, c'est-à-dire le monde de son enfance où n'existe que l'amour des parents et où l'on remplit leur vie. Trois ans auparavant, elle consulte un psychologue en raison de difficultés scolaires. Il trouve un quotient intellectuel à 107, mais un rendement intellectuel entravé par une inhibition d'origine affective, et une anxiété importante. Françoise est trop surprotégée par sa famille, il est urgent de faire changer sa famille d'attitude à son égard pour lui permettre d'évoluer. La famille ne suit pas ses conseils, et Françoise n'a plus pour protester qu'à tenter de mourir.

Pression éducative lourde des parents

Obs N° [illegible] :

Sylviane née le 12.9.1954. lycéenne, un frère cadet, est hospitalisée pour tentative de suicide par ingestion d'hexabytiques le [illegible]. Sylviane est séparée de ses parents depuis sa naissance jusque l'âge de 2 ans puis de son père de [illegible] ans, [illegible] sur ses grands-parents. Elle devient d'un caractère plus renfermé. Depuis la rentrée scolaire, réactions d'opposition envers les parents, elle exprime une haine des adultes et prétend rechercher exclusivement sa liberté, elle ne termine ses études que pour quitter ses parents, [illegible] avec une lassitude émotionnelle. Le père veut la gifler lors des discussions, il la menace de la faire travailler, or ses études sont capitales à ses yeux, Sylviane savait bien qu'elle ne pourrait pas mourir avec 4 comprimés.

En face d'elle, le couple parental s'avère rigide et donne une apparence d'inaffectivité avec obsessionnalisation des valeurs morales. Sylviane n'explique pas son geste, simplement elle n'admet pas l'attitude rigide de ses parents et la tension familiale. Sa tentative a valeur de protestation inconsciente contre une pression éducative bienveillante mais lourde des parents.

Obs N° 91 :

Catherine née le 24.1.1951., aide piqueuse, 3ème de 5 enfants. Ingestion médicamenteuse le 12.3.68.

[illegible] ne voulait pas [illegible] mais [illegible] faire peur. Depuis [illegible] sort [illegible], [illegible] et [illegible] elle s'enferme dans sa chambre. [illegible] veille ce qu'elle ne supporte pas et lui interdit toute sortie, elle lui exprime des idées éducatives très classiques sur un mode rigide alors que sa fille veut vivre avec son siècle . . Pour Catherine "c'est triste d'avoir 16 ans ... mourir [illegible] tard, c'est pareil ..." Les tests révèlent une dépression de l'adolescence [illegible] narcissiques.

Obs N° 92 :

Nicole née le 19.11.1950. Hospitalisée le 24.2.68., après ingestion volontaire d'Aspirine. Tentative impulsive après une dispute familiale à propos de ses sorties. L'aspect est un peu lointain, triste, au bord des larmes. La mère, enceinte avant le mariage, a épousé un éthylique brutal, elle a, dit-elle, reporté son affection sur ses enfants, ils sont heureux à la maison et elle ne veut pas que sa fille connaisse le même sort qu'elle. Elle interdit donc les sorties de peur de voir sa fille faire une bêtise et gâcher sa vie à son image.

Obs N° 93 :

Nicole née le [illegible].8.1952., ingère des comprimés d'Equanil le 23.5.70., après une déception sentimentale. Le climat familial est tendu, les parents ne la comprennent pas. Lycéenne, aînée d'un frère de 15 ans. Très sévères, les parents refusent de la laisser sortir, elle y est obligée pour pouvoir leur échapper un peu. La mère est décrite comme nerveuse, peu au courant de la vie actuelle, et discutant d'autant moins avec sa fille que celle-ci progresse dans ses études. Le père n'a que le C.E.P., issu d'un milieu modeste, il est, dit-il, un pauvre type mais il a des idées bien arrêtées sur l'éducation, les jeunes sont incapables d'être contents de leur sort, il ne comprend que les chemins droits, s'en écarter ne mène qu'à l'anarchie. Sur envers les autres comme envers lui-même, sa devise est de ne jamais faire confiance aux autres, ni à lui-même. La structure caractérielle est paranoïaque, il n'a pas fait d'études et Nicole ne doit penser qu'aux siennes, il refuse à Nicole toute fréquentation masculine, même de camarade, il menace de casser la figure d'un garçon qui l'a raccompagnée jusqu'à son domicile, c'est son caractère impulsif et soupe-au-lait ...

Ouvrier, il se sacrifie pour les études de sa fille, et pense réellement faire son bonheur. Pendant l'entretien, Nicole pleure et semble terrifiée par lui. Entre sa mère lointaine et même rejetante, et ce père rigide et peu chaleureux, elle s'organise d'abord sur un mode névrotique avec des crises de nerfs en classe, puis sur un mode dépressif, s'isolant dans sa chambre après chaque algarade avec le père, et chaque interdiction de sortie. Enfin la tentative de suicide apparait comme la seule issue. L'action psychothérapeutique tente d'établir un dialogue entre la fille et le père qui semble accepter de se conduire d'une façon plus souple, en permettant à sa fille de sortir s'il peut contrôler les sorties et même de voir en camarade le garçon, à condition de lui parler avant. Nicole revient pour une psychothérapie de soutien, elle jette des comprimés gardés en réserve au cas où le père n'aurait pas modifié son attitude. Avant elle n'avait rien pour se raccrocher, à présent si le garçon la quitte elle n'avalera plus de comprimés.

Il la quitte, en effet, elle ne réagit plus sur le mode suicidaire. Pour elle, la tentative était la seule solution : "fa[illegible] en sorte qu'il n'y ait plus rien pour elle, puisqu'alors rien ne semblait possible. [illegible] sortir de cette impasse, il lui fallait mieux ne pas continuer". Nicole ignore tout des problèmes sexuels, et semble moins anxieuse de cela après leur abord nécessaire dans la psychothérapie. Elle ne présente que des crises de nerfs après la rupture de l'ami, elle ne se confie à nouveau plus à son père, elle [illegible]. Nicole s'engage alors dans une somatisation cardio-vasculaire : palpitations et dyspnée d'effort lui évitent de pratiquer la gymnastique et des sorties. Si elle rencontre des obstacles devant elle aussi proteste-elle à nouveau par des crises de nerfs puis une somatisation qui confirme cette structure névrotique et immature, elle n'a plus besoin de vouloir mourir car elle n'est plus dans une [illegible].

Martine née le 11.5.1962., l'ingestion d'Orthénal, est réactionnelle à un problème sentimental et familial. Martine vit avec sa mère, comitiale, divorcée quand elle a 11 ans. Celle-ci s'oppose à la fréquentation d'un jeune homme, un matin la mère la gifle puis présente une crise [illegible]. Martine ingère le médicament prescrit [illegible] re. La mère s'avère très im[illegible], encore vierge. Martine a pr[illegible] une [illegible], vant des troubles évoquant des "absences". L'E.E.G. montre une comitialité [illegible]le. Le Clonotek est positif. Elle reçoit un traitement [illegible]. Un dialogue s'ébauche avec le père qui semble déculpabiliser Martine [illegible] ses relations avec le garçon fréquenté. La réinsertion familiale s'avère bon[illegible].

[illegible] gique après une fug[illegible] la police. Dernière enfant [illegible] mental n'a aucun dialogue [illegible] protester contre l'interdiction de se fréquenter et à leur forcer la main. Elle n'est pas ramenée par les parents à la consultation. Une seconde tentative par ingestion d'hypnogène nécessite une hospitalisation le 19.6.69., elle semble motivée par la peur de l'ami avec lequel elle a rompu, elle est fiancée avec un second garçon. La prise de comprimés impulsive, pour elle, supprimait le problème, c'était pour dormir et ne plus y penser. Songeuse elle ajoute : "c'est facile de prendre des comprimés, cela oblige tout le monde à s'occuper de vous et à vous pr[illegible]". Chantal est née 9 ans après le dernier enfant, elle est très gâtée [illegible] re trop faible qui lui passe toujours tous ses caprices, en l'app[illegible] "bon petit Jésus", "elle fait tout ce qu'elle veut". Chantal, dont la [illegible] cupait encore plus lorsqu'elle était malade croit que ses parents se préoc[illegible] ront de ce garçon après la tentative. La mère s'occupe, par ailleurs [illegible] de l'Assistance Publique, elle reconnait avoir été trop faible et s'être conduite plus en grand-mère qu'en mère, d'où l'habitude pour Chantal de réagir sur un mode caractériel et par une conduite suicidaire pour obtenir ce qu'elle désire en cas de difficultés.

Obs N° 96 :

Lysiane née le 16.2.1955., est hospitalisée le 12.11.69., [illegible] Interne dans un lycée, aînée de 3 frères, Lysiane est suivie depuis plusieurs années dans le Service de Cardiologie pour des manifestations cardiaques pathologiques, considérée comme une grande cardiopathe par ses parents elle se sert de cette situation pour obtenir ce qu'elle désire. A la suite d'une aventure sentimentale avec un cousin, elle ne peut supporter une frustration de la part de ses parents et réagit sur un mode caractériel en essayant de se valoriser à leurs [illegible] Elle prend les comprimés pour être malade afin d'être envoyée à l'Hôpital, y être tranquille elle a déjà essayé trois semaines auparavant.

Pour elle, le père ne compte pas, personne ne s'est vraiment occupé d'elle, elle ne désire qu'une seule chose, épouser son cousin afin de quitter rapidement ses "méchants" parents qui "se disputent toujours". Elle menace de récidiver si les parents s'opposent toujours au mariage, de même elle menace de se noyer dans le lavabo ou se couper les veines si on la contrarie. Le père est rougeoyant d'éthylisme avec subictère conjonctival, il désire faire ce qu'elle veut. Conseil lui est donné de ne plus la considérer comme une invalide mais de la traiter en adolescente avec une compréhension qui n'exclut pas la fermeté. Revue en consultation, Lysiane reste toujours aussi caractérielle, intolérante aux frustrations, les parents, dit-elle, lui achètent tout ce qu'elle réclame .. Ils sont incapables de modifier leur attitude éducative.

[illegible] :

[illegible] Elle ne parait plus de [illegible] non pas pour mourir mais pour lui donner une leçon. Une de ses amies a fait une tentative voici un an. Elle veut être malade pour embêter son père et infliger une pu- [illegible] à la punition infligée par le père.

Celui-ci trop faible jusqu'à présent lui cédait tout, cette fois il lui dit non comme la mère, d'où la tentative impulsive. Pascale est reprise par ses parents.

Obs N° 98 :

Martine née le 3.6.1952., vendeuse, est hospitalisée après ingestion de Sonuctane, réactionnelle à une déception sentimentale. Elle veut à la fois oublier et se venger pour qu'il ait mal. Elle veut faire du mal au garçon qui l'a déçue en se faisant mal à elle-même afin qu'il se sente responsable ... Elle ne peut, dit-elle, lui faire du mal qu'en se faisant, c'est pour elle la seule façon de protester.

Pré-délinquance et délinquance

Obs N° 99 :

[illegible]eille, enceinte de 6 mois, ingère des salycilés le [illegible]. 68., car le père de l'enfant la quitte.

Née le 10.6.1951., Mir[illegible]ll[illegible] est placée à [illegible] ans dans un foyer de l'enfance après le divorce de ses parents. Elle est reprise par le père trois ans plus tard. Caractéropathie induite par le milieu familial dissocié, elle est [illegible] et éthylisme aigu. Son père, Georges B., est lui-même hospitalisé le 18.8.66., après ingestion volontaire de barbituriques au cours d'une dépression réactionnelle : des soucis financiers et familiaux. Fils unique, il perd son père à 17 ans, une divorcée déjà mère d'un enfant lui donne une fille, puis le quitte en 1945 pour se marier de son côté. Il la retrouve, elle divorce puis l'épouse. De ce mariage naissent deux autres filles dont Mireille. Un coma hépatique d'origine éthylique nécessite une longue hospitalisation, le couple divorce peu après. Le père reproche à l'épouse d'avoir placé Mireille. L'arrêt de travail devient [illegible] avec plusieurs dépressions, une paraplégie hystérique, chez cet éthylique bientôt classé en invalidité. Devant ce père invalide et éthylique brutal, les deux filles s'organisent sur un mode caractériel prédélinquant, le père les met pratiquement à la rue.

Obs N° 100 :

Bernadette née le 28.8.1954. [illegible] fracture du bous survenue au cours d'une fugue de [illegible] enfants, sa mère s'est remariée avec un invalide éthylique et vi[illegible] son arrêt de travail. Bernadette est confiée au Juge des Enfants [illegible] fugues motivées, dit-elle, par l'attitude plus qu'équivoque du beau-[illegible] son égard. Elle refuse de réintégrer le milieu familial. Caractérie[illegible], [illegible] est de plus impliquée dans une affaire de vol. Une demande d'adm[illegible] I.P.E.S. est en cours, aussi l'hospitalisation s'avère-t-elle lon[illegible]. [illegible] dette chance d'avis et désire alors sortir et retrouver sa famille [illegible] qu'être placée dans un nouvel établissement. Cette solution lui semblant [illegible] dite, après avoir en vain tenté de fuguer, le 15.2.69. elle ingère d'abord des [illegible]. [illegible] toujours pas satisfaite par les Autorités [illegible], et le 1.3., elle tente de se défenestrer. Elle y pensait depuis plusieurs jours et voulait vraiment mourir, car elle en a assez d'être hospitalisée depuis deux mois. Seule la tentative lui reste comme moyen de protester, comme porte de sortie.

Obs N° 101 :

Anne-Marie née le 30.4.1953., ingère du Gardénal le 6.4.70., dans un but d'autolyse. Enceinte de trois mois, elle présente une caractéropathie grave, avec troubles du comportement et fugues répétées depuis [illegible] ans. Confiée au Bon Pasteur, elle est rendue depuis trois mois à la mère par le Juge des Enfants et travaille comme [illegible]euse. Elle fugue à nouveau. Le père de l'enfant refuse de l'épouser, elle ingère les comprimés.

La mère, dépressive lors de l'entretien, s'avère une grande désiquilibrée, elle se sépare de son mari, militaire toujours absent, lorsque Anne-Marie a 11 ans, et depuis mène une vie très libre jusqu'au divorce prononcé en 1969. Anne-Marie est élevée jusqu'à l'âge de 14 ans par sa grand-mère et apprend alors que son père n'est pas réellement son père.

Obs N° [illegible] :

Alain hospitalisé le 23.7.1969., après tentative de suicide par section des veines et ingestion d'alcool, âgé de 20 ans, dépend de l'Assistance Publique. Manoeuvre, en fait désoeuvré social il est handicapé physique, mal voyant. Il s'agit d'un caractériel qui présente un triste cas socio-familial. La grand-mère est vivante, son grand-père un tourneau domestique, depuis décédé, a terrifié sa famille et surtout la grand-mère. Son fils Jean, mal-voyant devient délinquant après avoir été maltraité par sa famille parce qu'il ressemblait à son père. Il épouse une pupille débile de l'Assistance Publique dont deux enfants naissent dont Alain et une fille devenue plus tard prostituée. Puis d'innombrables frères etsoeurs sont élevés dans une baraque de chiffoniers, celle-ci brûle une nuit, un enfant meurt, la fratrie est placée dans un hospice.

La grand-mère réclame alors la puissance paternelle sur Alain. Il est élevé à la dure, par cette grand-mère protectrice et autoritaire, il fait l'école buissonnière. Les parents, entre-temps, se séparent, se remarient chacun de leur côté, la mère ne s'occupe pas de son fils, elle a même demandé à la police de l'emprisonner. Alain à son tour fugue, vole, présente une [illegible] d'échec et fait échouer toute aide et tentative de réinsertion sociale, il se révolte contre toute forme d'autorité de la société lui rappelant l'autorité du père, et il couche dans la rue. Il veut se tuer à cause de ses parents et de [illegible].

Après une longue hospitalisation et un traitement antidépresseur une solution semble trouvée par l'Assistance Publique, il part travailler en milieu rural.

Obs N° 103 :

Nicole née le 16.3.1944., s'intoxique volontairement par ingestion de comprimés le 16.3.68., le passage à l'acte impulsif survient après une dispute avec son flirt. La situation familiale est difficile. La mère a décidé de la conserver à la maison pour garder ses jeunes frères, elle s'y ennuie. Elle s'est organisée sur un mode défensif, caractériel. La mère refuse de se déranger.

Seconde tentative le 2.10.68., la situation est désastreuse inculpée de vol, elle est confiée au [illegible], et fugue, elle menace de se suicider à nouveau si elle est confiée à une Institution. Elle est enceinte, comme la mère qui attend son 8ème enfant. Nicole est née peu après le mariage. Le père ne dit rien, si les enfants font quelque chose de grave, et les bat sans raisons. Il est rarement présent à la maison. Le futur mari de Nicole est lui-même délinquant. L'adolescente est confiée au Juge des Enfants.

Obs N° 104 :

Micheline née le 01.12.1952., est hospitalisée le 16.4.69., après ingestion impulsive de barbituriques réactionnelle à un problème sentimental avec opposition au milieu familial chez une caractérielle. 3ème de 7 enfants, Micheline a déjà fugué deux fois après des disputes avec la mère, celle-ci lui interdit toute sortie avec l'ami fréquenté, l'adolescente ingère les comprimés dans un moment de colère et d'affolement protestant contre la menace d'être confiée au Juge des Enfants après sa fugue.

Une de ses amies a tenté récemment de se suicider. La mère est autoritaire, le père est totalement inexistant.

Micheline pose le problème d'une caractéropathie avec problèmes d'identification paternelle au premier plan.

MOTIVATIONS SCOLAIRES

Obs N° 105 :

Catherine née le 15.4.1950. est hospitalisée le 4.7.69. pour ingestion impulsive de Gardenal après un échec scolaire et une déception sentimentale. Aînée de 6 enfants. Il n'existe pas de dialogue familial avec un père anxieux, rigide, issu de l'Assistance publique et très exigeant sur la reussite scolaire car il ne veut pas que sa fille connaisse une enfance malheureuse comme la sienne. Sa fille n'ose lui avouer son échec. La mère est froide et distante. L'ignorance sexuelle est totale.

Obs N° 106 :

Anne-Françoise âgée de 15 ans, ingère de l'eau de javel dans une tentative impulsive après avoir été menacée par sa mère de retourner dans l'Internat qu'elle veut fuir. Aînée de 8 enfants, elle possède le C.A.P d'employée de collectivités et ne supporte pas l'internat. Elle présente des crises caractérielles classiques.

Obs N° 107 :

[illegible], âgée de [illegible] ans est hospitalisée pour ingestion d'un hypnogène non barbiturique. Elle est lycéenne pensionnaire, Aînée de 4 enfants, la mère est froide et [illegible], [illegible] a été élevée par ses grands-parents, dans sa prime enfance. Elle ne se plait pas en pension et présente des crises névrotiques.

Obs N° 108 :

Bruno, né le 5.8.1952., ingère des barbituriques le 11.4.[illegible]. Ses parents ne comprennent pas pourquoi. Le père est un enseignant très absorbé par sa "vocation". La mère assure depuis l'enfance l'éducation de son fils et le protège de façon excessive. Entre la mère qui le materne et le père trop lointain, Bruno proteste par son ingestion médicamenteuse.
Il craint d'être placé en internat.

TUDE PSYCHOMETRIQUE D'ADOLESCENTS SUICIDAIRES (37 cas)

Adolescents Psychotiques (10 cas)

Cas n° 1 : Nicole née le 19.5.51. Obs. n° 46. Schizophrénie avec dysmorphophobie. Au test de vocabulaire Binois-Pichot, Quotient intellectuel : [illegible]. M.M.P.I. code : [illegible] 9 2 4 5 - x (6;25;6). La tétrade psychotique est très élevée : schizophrénie à forme paranoïde avec une composante hypomaniaque.

Cas n° 2 : Gilbert né le 1.12.1946, Obs. n° 47. Conduites suicidaires répétées. Caractéropathie atypique. M.M.P.I. : 3 8 7 6 4 19 - 5 x (9;14;21). Echelle de validité K élevée. Pas de prise de conscience du sujet avec sa réalité pathologique. Profil d'une schizophrénie normalisée, paranoïde, la tétrade psychotique est la plus élevée associée à un "V" hystérique.

Cas n° 3 : Thérèse née le 9.10.49. Obs. n° 44. Schizophrénie. Le Rorschach montre des persévérations, des contenus bizarres, à côté de bonnes formes des mauvaises, des allusions personnelles. Perte du contact avec le réel. Thème délirant exprimé. Au M.M.P.I. code : 8 6 9 7 1 4 5 - x(4;36;4). Le profil ascendant vers la droite évoque une schizophrénie paranoïde avec composante hypersthénique. Des troubles hypocondriaques et caractériels sont associés.

Cas n° 4 : Annick née le 31.05.50. Expérience délirante primaire. tente de s'étrangler. Le test de [illegible] montre un Q.I. moyen à 109,(verbal : [illegible]) [illegible] M.M.P.I. profil de schizophrénie paranoïde anxi[illegible]. Code : [illegible]

Cas n° [illegible] [illegible] Obs. n° [illegible] Dépression atypique avec obsession suicidaire [illegible] débutante. Au vocabulaire [illegible] au M.M.P.I. (code : 8 6 3 2 1 4 9'7 - x ([illegible]) [illegible] profil dépressif avec triade névrotique élevée [illegible] plus élevée : schizophrénie paranoïde sur personnalité hystérique. Le test de Rorschach montre des réponses humaines ou animales [illegible], des formes [illegible], des signes d'anxiété flottante. En [illegible] Rorschach donne un protcole identique avec même interprétation, mais plus de réponses estompage. Ce protocole va dans le sens d'une [illegible] lente du processus psychotique.

Cas n° 6 : Eric né le 24.4.1954. Bouffée délirante aigue, Obs. n° 49. Au vocabulaire Q.I. à 111, au M.M.P.I. (code : 8 2 7 6 9 4 5' 1 3 - x (2;21;7) montre un profil psychotique ascendant vers la droite avec éléments anxieux et dépressifs, composante hypomaniaque associée. L'échelle F de validité élevée, toutes les échelles sont élevées à plus de 60, note T.

Cas n° 7 : Brigitte agée de [illegible] ans. Schizophrénie simple, tentative après l'interdiction d'une sortie par la mere.
Au Wechsler-Bellevue, Q.I. moyen de 88 (verbal : 84, pratique : 94.
Le protocole de Rorschach : frappe par ses aspects négatifs et déficitaires. La stéréotypie, l'absence de réactivité affective, l'[illegible] et le [illegible]sement des intérêts et des contacts donnent un pronostic [illegible]. [illegible] montre des défenses fragiles ne résistant pas aux situations [illegible], ce qui explique le refus de la planche IV du Rorschach et la [illegible] comme modalité de controle.

Cas n° 8 : Géraldine née le 26.7.47. Tentatives de suicide itératives. schizophrénie simple avec troubles du comportement, début par une fixation éroto-maniaque sur un chanteur célèbre.
Au Wechsler-Bellevue, le Q.I. moyen est de 96 (verbal : 100, pratique : 93).
Le M.M.P.I. montre, avec une échelle peu élevée, un profil d'allure [illegible]tique sur un état dépressif important et avec des troubles caractériels 8 2 7 4'6 3 9 - 5 (7;11;11). Au Rorschach, réticence avec une seule [illegible] aux 7 premieres planches. [illegible] tendance à l'abstraction et fantasme délirant à la planche 10 (maléfice).

Cas n° 9 : Rolande, née le 31.7.49 Obs. n° 69. Tentative après déception sentimentale, dépression profonde d'abord d'allure melancolique puis atypique. [illegible] morphes sur le plan psychiatrique et celui de l'adaptation sociale. [illegible]

[illegible] camenteuse chez une schizophrène avec obsessions suicidaires. Mère possessive.
Au Wechsler-Bellevue : Q.I. moyen à [illegible].
Le Rorschac avec deux refus (VI,V[illegible]) [illegible] avec mauvaise précision formelle, [illegible] des réactions de sensibilité anxieuse et [illegible] Angoisse phobique. Projections hypocondria[illegible] génitale, l'image corporelle est morcellée [illegible] blocage aux planches à implications sexuelles et maternelles. [illegible] état dépressif sur fond hystérophobique avec éléments de type schizophrenique.

[illegible]

Cas n° 11 : Serge né le 22.4.48. Obs. n° [illegible].
Protestations impulsives après un conflit avec l'employeur contre un isolement affectif. W.B. : Q.I. moyen à 84 (pratique à 106, verbal à 67).
On note donc une intelligence pratique moyenne avec un niveau verbal [illegible] de la débilité, lié à une attitude globale d'échec sur fond de carence éducative.
Rorschach : éléments dépressifs et schizoïdes avec difficultés de l'adaptation socio-familiale et une arriération affeftive importante avec risque d'évolution psychotique.

Cas n° 12 : Marie-France âgée de 17 ans. Tentative en 1968 par ingestion de sang-froid, son métier [illegible] latiquant, mais surtout aucun dialogue en milieu familial : père éthylique désintoxiqué. Reprise contre avis médical par la mère. Seconde tentative en 1970 après dispute avec le fiancé.
Au Vocabulaire : Q.I. à 82. Contact pauvre et figé, réticences. Au M.M.P.I. code 7 8'6 1 4 - (6;16;11) élevation monophasique des échelles psychotiques (Pt, Sc, Pa) ainsi que des échelles 6 et 4 (formes caractérielles). De même F un peu élevée va dans le sens d'une inadaptation psychotique.
Le Rorschach montre un protocole pauvre avec 4 refus évoquant un état psychotique. La vie affective est étouffée, le type de résonnance intime est coarté.

Cas n° 13 : Serge né le 21.11.50. Obs. n° 57. Tentative par ingestion. Problème familial, opposition au père rigide, mère rejetante.
W.P. : Q.I. : 119 (verbal 118, performance 113). Bon niveau.
Au T.A.T. : mécanismes obsessionnels multiples ne permettant pas une conduite adaptée. Traits paranoïaques avec le problème d'une structure psychotique sous-jacente. Le Rorschach montre une rigidité défensive.

Cas n° 14 : Françoise née le 22.11.1953. Obs. n° 58. Conflit familial à propos d'un garçon chez une caractérielle. Soeur de Serge. Les échelles 8 et 4 très élevées évoquent un déséquilibre psychopathique grave avec un élément dépressif et anxieux, mais la triade psychotique 8 [illegible] associée à 4 peut évoquer une évolution [illegible] avec éléments de délinquance (impulsivité). (Comportement anti-social et caractériel).
Le T.A.T. montre un protocole de fuite avec une forte agressivité, un blocage net devant les planches [illegible].

Cas n° 15 : Marie-Christine née le [illegible]. Ingestion d'aspirine. Dépression d'aspect atypique avec relations [illegible] mère et fille unique.
Vocabulaire : Q.I. à 119. [illegible] mais réticences, [illegible] et ambivalence avec un contact superficiel.
Le Rorschach est assez [illegible] signes du Protocole évoquent un état schizophrénique. Réponses bizarres, géométrie, position, réponses dévitalisées et dissociatives. Les planches parentales sont les moins aimées (impression d'écrasement par la planche IV (paternelle) et la planche VII (maternelle) donne une impression de haine et d'indifférence.

Cas n° 16 : Sylvie née le 23.12.50. Personnalité psychopathique avec homosexualité et conduites suicidaires impulsives par ingestion en janvier et juin 1970. Absence de contacts affectifs avec la famille.
Au vocabulaire, Q.I. à 100. Le M.M.P.I. : code 8 64 7 23' 5 9 -x (8;25;15) profil très perturbé avec manifestions polymorphes sur le plan psychiatrique troubles du jugement avec coupure du réel, troubles du comportement (psycho-rigidité) et conduites anti-sociales. On note un problème d'identification féminine et du comportement sexuel.
Le test du Rorschach montre un protocole riche avec thématique sexuelle importante, des signes d'angoisse. Réponses abstraction à contenu bizarre (cadavre, destruction, etc...) Les formes sont isolées, dissociées.
Références personnelles. Pas de signes de dépression. Le protocole évoque une structure psychotique.

Cas n° 17 : Jean-Claude né le 16.6.1949. Obs. n° 53. Tentatives réactionnelles à l'éthylisme du père depuis le décès de la mère, mais aspect atypique avec idées interprétantes de persécution.
[illegible]
Rorschach : pauvre avec choc au rouge. Protocole d'allure psychotique.
M.M.P.I. : 6 1 9 7 8 2 4 5 - (8;9;11), profil paranoiaque avec crainte d'évolution psychotique.

Cas n° 18 : Zora née le 23.2.49. Obs. n° 70. Troubles réactionnels à un problème familial. Orpheline avec père éthylique, dépression d'allure atypique, ingestion volontiare de neuroleptiques.
Le Rorschach est assez pauvre, type de résonance intime ambiequal. Quelques réponses suspectes d'anxiété, de dépression et de manque de confiance en soi, quelques réponses suspectes de psychotisation.
Au M.M.P.I. : code 8 4 6 2 7'1 3 9 - x (8;30;7) montre un profil très perturbé en dents de scie sur les échelles paires, ascendant vers la droite. Attitude de majoration des troubles par les échelles de validité. Le profil est celui d'un déséquilibre psychopathique avec des troubles du jugement et des éléments dépressifs (difficultés d'adaptation sociale).

Adolescents névrotiques

Cas n° [illegible] : [illegible] né le [illegible]. Obs. n° [illegible]. Tableau d'une névrose grave évoluant vers la dissociation avec conduites suicidaires répétées [illegible].
W.B. Q.I. moyen à 95 (verbal à 100, pratique à 90).
Le Rorschach montre une bradypsychie avec impulsivité explosive semblable à une épileptoïdie caractérielle. Angoisse phobique marquée avec fond dépressif.

Cas n° 20 : Bernard né le 12.1.49. Etudiant avec état dépressif anxieux et éléments phobiques.
Au vocabulaire, Q.I. à 104 - niveau inférieur à celui escompté en fonction du niveau d'études.
Le M.M.P.I. : code 2 7 3 1'8 6 4 - (1;11;11) le profil présente deux pointes en 2 et 7, l'élément anxieux et dépressif domine. Il évoque une [illegible].

Cas n° 21 : Bruno né le 28.10.1958. Obs. n° 48. Tentatives au cours de crises d'excitation, dépression atypique avec phobie scolaire au premier plan, d'aspect très psychotique.
Au vocabulaire, Q.I. de 87. Le T.A.T. montre une passivité devant les planches, un blocage au niveau de l'Oedipe avec une très forte culpabilité à l'égard du père.

Cas n° 22 : Marie-Christine née le 22.10.47. Obs. n° 68. Protestation chez une comitiale dans des conditions de vie familiale difficiles.
Le Rorschach montre un tableau délirant axé sur des thèmes sexuels et hypocondriaques sur une personnalité probablement psychopathique.

Adolescents hystériques

Cas n° 23 : Marie-Jeanne née le 27.7.1951. Obs. n° 78. Mythomanie hystrionique avec fixation affective sur un substitut paternel. Divorce récent des parents.
Le Rorschach montre une labilité émotionnelle, un manque de contrôle des réactions affectives avec une profonde insécurité. Profil très perturbé, structure hystérique avec déséquilibre psychopathique, troubles du jugement et composante hypomaniaque.

Cas n° 24 : Dominique née le 4.3.52. Conduites suicidaires dans un tableau hystérique de crises de nerfs et épisodes de conversion somatique. Terrain spasmophile. Mère dominatrice.
Au W.B. : Q.I. à 94 (verbal à 109, pratique à 80).
Le M.M.P.I. 6 3 2'1 4 5 - x (10;1 ;5) montre une élévation des échelles hystériques et paranoiaques avec anxiété. Le T.A.T. révèle une affectivité infantile. La dichotomie est systématique entre le présent et le passé, avec une incertitude et une anxiété quant à ses relations avec son fiancé.

Cas n° 25 : Catherine née le 3.12.49. Obs. n° 72.
Tentatives répétées avec symptomatologie hystérique (chutes, coma, épisodes oniriques et catatoniques) psychose hystérique en symbiose avec une mère phallique, père éthylique psychiatrique.
Le M.M.P.I. code 8 7 2'3 4 9 1 6 5 (5;11; 14), 1 profil est atypique, diphasique, échelles psychotiques plus élevées évoquant plus une psychose sans éléments paranoïdes qu'une névrose. Syndrôme dépressif et anxieux au premier plan.
Au Rorschach pas de signes de la série schizophrénique, mais une totale dépendance de la mère, avec une faible participation à la vie collective et des difficultés d'identification aux autres.

[illegible]

Cas n° 26 : Jacqueline née le 17.4.1952. Tentative par ingestion [illegible] le cadre d'une bouffée dissociative transitoire de l'adolescence, chez une fille unique de parents séparés. Vit avec le père éthylique, la mère est en concubinage et se dit une "co[illegible]".
Au W.B. : le Q.I. moyen est à 99 (pratique à 100, verbal à 97).
Le Rorschach permet une approche superficielle de la personnalité, en raison d'une production réduite, on note deux tendances, un [illegible] d'adaptation et de socialisation, et d'autre part une agressivité inconsciente susceptible d'être intériorisée.

Cas n° 27 : Arlette née le 2.5.1950. Conduite suicidaire dans un tableau dépresif atypique, contact paranoïde. Le Wechsler-Bellevue montre un Q.I. moyen à [illegible] (verbal à 103, performance à 91), au M.M.P.I. code : [illegible] Profil de déséquilibre psychopathique sur personnalité hystérique avec des manifestations phobiques et obsessionnelles.

Adolescents avec problème familial

Cas n° 28 : Chantal née le 5.4.1953. Obs. n° 82. Tentative après un reproche de la mère, en réalité après une scène familiale pénible. Le W.B. montre un Q.I. moyen à 117 (verbal 117, pratique 113). Le Rorschach et le T.A.T. montrent des protocoles de dépression chez une adolescente avec anxiété provoquée par la perception d'un environnement hostile et majorée par la prise de conscience de ses propres pulsions agressives et exuelles.

Cas n° 29 : Catherine née le 24.1.1962. Obs. n° 86. Tentative après l'interdiction d'une sortie par une mère stricte, crise d'adolescence très dramatisée. Au W.B. quotient intellectuel moyen à 98 (verbal 92, pratique 105). Le Rorschach montre des éléments d'appréhension et une structure de personnalité qui évoque une dépression de l'adolescence avec éléments narcissiques.

Cas n° 30 : Michel née le 29.11.1950. Obs. n° 87 - sortie interdite par une mère dépressive qui veut son bonheur. W.B. Quotient intellectuel moyen à 76, avec un verbal à 72 et un pratique à 85 (carence d'acquisitions scolaires).
Rorschach : à la limitation des facultés intellectuelles s'ajoute un problème d'inhibition et de la réactivité affective avec des difficultés d'identification à la figure humaine".

[illegible]

Cas n° 31 : Catherine née le 15.4.1950. Obs. n° 96. Problème professionnel et sentimental, mais surtout familial, avec opposition au père issu de l'Assistance Publique (absence de dialogue).
Le M.M.P.I. (code 3'7 5 - (6;6;8) [illegible]
Au T.A.T. les conflits mère-fille et femme-femme sont prévalents, alors qu'à l'entretien le conflit père-fille est seul extériorisé. Problèmes d'identification.

Cas n° 32 : Fabrice né le 23.9.1952.. Obs. n° 50. Enfant témoin, réellement persécuté d'un mariage forcé, cas familial avec structure paranoiaque, puis aspect dissociatif.
Au test de vocabulaire, Q.I. à 87. Au Rorschach, le 26.1.70., refus plus réticent que psychotique. Protocole et pensées rigides avec persévérations évoquant des troubles psychopathiques sur un terrain paranoiaque. Le 2.5.1969, un M.M.P.I. pratique montrait un profil évoquant des troubles psychotiques, code 8 6 9 7'4 - x(0,42,0) F très élevée avec échelles en dents de scie. Le profil traduisait un état schizophrénique avec manifestations caractérielles, impulsivité et composantes hypersthéniques avec une structure paranoiaque sous-jacente.

Cas n° 33 : Daniel né le 17.3.1950. Orphelin transplanté désirant retrouver son pays natal. Considéré comme un débile léger (Q.I. à 73) antérieurement, n'a pas le C.E.P. En fait le W.B. montre un gros écart verbal (109) et performance (80) avec un Q.I. moyen à 95.
Le Rorchach montre une pensée un peu infantile, immature avec un étouffement de la vie affective sans contact immédiat spontané avec le monde ambiant.

Introversion pure. Par ailleurs on note une culpabilité et une agressivité refoulée avec angoisse flottante, une insécurité et des problèmes sexuels non résolus (redoute la virilité).

Adolescentes caractérielles

Cas n° 34 : Danièle, âgée de 16 [illegible]. n° 63. Troisième tentative. Problème familial avec personnalité du [illegible] pathogène.
Au W.B., Q.I. moyen a 90, verbal moins [illegible] le pratique à 93.
Peu de connaissances scolaires.
Au M.M.P.I. code : 8 6 9 4 2'3 1 7 - x (3;27;8), profil de déséquilibre psychopathique avec troubles du jugement et possibilités de passage à l'acte.

Cas n° 35 : Bernadette née le 28.8.1954. Obs. n° 95.Tentative chez une adolescente après sortie du Bon Pasteur. Problème familial.
Au vocabulaire Q.I. à 86. Au T.A.T.: attitude réticente, cache-cache avec la mère, les difficultés sont toujours causées par autrui. Au M.M.P.I. code : 6 4 8 9'5 7 2 1 - x(7;20;7). Profil de déséquilibre psychopathique avec forme caractérielle grave (élements de psychorigidité et composante impulsive favorisant le passage à l'acte).
Les troubles du comportement sexuel et l'allure des échelles d'attitude vont dans le sens d'une évolution délinquante.

Cas n° 36 : Martine née le 9.1.1954. Obs. n° 64. Conduites suicidaires et caractérielles dans une structure familiale disloquée.
Au vocabulaire, Q.I. faible à 82. Au M.M.P.I. code : 8 6 4 9 7'5 2 3 - x (0;26;10). Le profil est très perturbé avec des échelles de validité pathologique dans le sens d'un déséquilibre psychopathique grave à forme rigide et caractérielle avec une composante de passage à l'acte impulsif, le tout sur une structure paranoïaque.

Cas n° 37 : Nicole née le 2.7.1952. Aînée de 7 enfants, caractérielle déja confiée au Bon Pasteur pour vol, enceinte de 3 mois.
Obs. n° 98
Au W.B. Q.I. moyen à 90 (verbal : 93, pratique : 100).
Au T.A.T. problèmes relationnels. Difficultés d'identification, refuse sa féminité.
Au M.M.P.I. code : 4 8 6'7 1 2 9 5 -x(7;20;21) profil d'une personnalité psychopathique, psychorigidité, forme caractérielle.

RESULTATS DE L'ETUDE STATISTIQUE DES TENTATIVES DE SUICIDE

I. Les Tentatives de suicide

Cette étude porte sur les tentatives de suicide, d'une part, vues en consultations hospitalières de psychiatrie depuis le 1er janvier 1965 jusqu'au 30 juin 1970, c'est-à-dire pour une période de 5 ans ½, elle porte d'autre part sur les tentatives hospitalisées dans les services de Neurologie et de Psychiatrie Générale et Infantile pendant une période de 2 ans ½ du 1er janvier 1968 au 30 juin 1970.

II. Les Résultats globaux (Tableau N° 1)

1) en consultation : 690 tentatives ont été étudiées, ce qui pour 3951 malades vus en consultation représentent 8, 55 % des consultations. Les adultes (430) interviennent pour 62,31 % des tentatives de suicide, les adolescents -c'est-à-dire jusqu'à 21 ans y compris- au nombre de 260 représentent donc 37, 6 % des tentatives de suicide et 3, 14 % des consultations hospitalières.

2) parmi les hospitalisés : 490 suicides-tentatives ont été étudiées pour 2949 malades hospitalisés, c'est-à-dire 16, 75 % de toutes les hospitalisations en milieu spécialisé.

Les adultes représentent 69, 06 % des tentatives de suicide, et 6,5 % des hospitalisations. Les adolescents interviennent dans une proportion sensiblement identique à celle retrouvée en consultation : 37, 88 % , ce qui correspond à 5. 6 % des hospitalisations globales en milieu spécialisé.

La proportion des tentatives hospitalisées par rapport aux garçons est légèrement supérieure (72,97 % contre 71,03 %) à la proportion des femmes (71,03 %) par rapport aux hommes (27,03 %).

Globalement, le sexe féminin représente 71,4 % donc 2½, 5 % d'hommes qui ont présenté une conduite suicidaire. On voit donc qu'environ 3 femmes tentent de se suicider pour un homme.

Nous avons séparé d'une part les tentatives chez les adultes à partir de 22 ans, et d'autre part les tentatives des adolescents jusqu'à 21 ans y compris. Le sexe et l'âge ont été étudiés par décades de 10 ans à partir de 21 ans.

III. Les Tentatives de Suicide (âgés de plus de 21 ans) des Adultes

A. Selon l'âge (Tableaux N° 2, 3)

L'étude des tentatives de suicide par tranche d'âge de 10 ans montre une majorité de sujets jeunes :

1) en consultation : les adultes représentent 62,32 % des tentatives et les adolescents 37,68 %. Par rapport à la totalité des conduites suicidaires, l'âge de l'adulte jeune de 22 à 30 ans représente 22, 32 % des cas mais la proportion est légèrement inférieure : 18,84 % entre 31 et 40 ans, dans la proportion de 41,16 %. Par rapport au nombre des conduites suicidaires de l'adulte le nombre d'adultes entre 22 et 30 ans représente 35,8 %, et la décade avant la quarantaine 30,2 %. On voit donc que 66 % des tentatives de l'adulte surviennent entre 21 et 40 ans.

Si l'on additionne les proportions des adultes jeunes, c'est-à-dire avant 30 ans et des adolescents, on constate que 60 % du nombre global des tentatives c'est-à-dire 6 tentatives sur 10 surviennent avant l'âge de 30 ans et 78,84 % c'est-à-dire 5 tentatives sur 10 avant l'âge de 40 ans.

Les décades suivantes se suicident donc moins de 41 à 50 ans, on trouve encore 10,7 % de conduites suicidaires, mais cette proportion tombe à 5,3 % entre 51 et 60 ans, puis elle est sensiblement égale pour la décade suivante (2,59 %) et pour les sujets âgés de plus de 70 ans (2,17 %). Parmi les hospitalisés, la proportion est retrouvée dans les différentes décades : les tentatives entre 31 et 40 ans montrent un chiffre très légèrement supérieur atteignant 19,9 % alors que les sujets âgés de plus de 70 ans ne représentent pas 0,5 % des hospitalisations.

B. Selon le Sexe (Tableaux N° 2, 3)

Globalement nous avons vu que le sexe féminin représente 73,76 % des consultations et 75,36 % des hospitalisations donc sur 4 tentatives, nous trouvons 3 femmes et un homme seulement.

La proportion des femmes est un peu plus élevée parmi les hospitalisées (71,03 %) que parmi les consultantes pour tentatives (68,37 %). On voit donc que la proportion est un peu inférieure chez la femme adulte par rapport à la moyenne, surtout parce que, nous le verrons, la proportion d'adolescentes suicidaires est plus élevée par rapport aux adolescents que ne l'est la proportion de la femme adulte par rapport à l'homme. On voit que chez l'adulte selon le sexe qu'un peu plus de 2 femmes tentent de se suicider seulement dans le même temps qu'un homme alors que 4 filles présentent une conduite suicidaire et un garçon seulement.

En règle générale, plus l'âge diminue, plus le sexe féminin tente de se suicider. Par contre, la proportion d'hommes est sensiblement la même pour toutes les décades : environ un homme pour 3 femmes (32,3 % entre 20 et 30 ans, la proportion est un peu inférieure avant 40 ans et un peu supérieure après 50 ans).

Seule la décade [illegible] entre 41 et 50 ans montre une proportion d'hommes qui n'est plus que de 20,[illegible] % [illegible] vers cet âge. Le sexe masculin représente une tentative seulement sur 5.

On retrouve seulement 18,6 % d'hommes hospitalisés entre 40 et 50 ans. La conduite suicidaire semble donc plus rare chez l'homme adulte de la quarantaine peut-être parce que la tentative de suicide est plus sérieuse vers cet âge comme l'indiquent l'étude comparative entre les suicides tentatives et les suicides réussis.

C. Les modalités des tentatives

L'ingestion médicamenteuse volontaire représente les 4/5ème des modalités suicidaires parmi l'adulte comme parmi les hospitalisés.

1) en consultation (Tableau N° 4)

a) l'ingestion volontaire :

Elle vient en tête avec 79,76 % des cas. Le sexe masculin y est représenté dans la proportion de [illegible] %, le sexe féminin dans 72,59 %. Si l'on étudie le médicament ingéré, dans 30 % des ingestions volontaires il s'agit d'hypnogènes en particulier de barbituriques, mais avec une proportion de plus en plus importante d'hypnogènes non barbituriques (Nitrazepas, Mandrax, Méprobizine, etc). Un cinque lytique particulièrement important semble exister lors des intoxications volontaires par Aliménazine, utilisé comme anti-histaminique et comme

hypnogène sous forme de gouttes. En second lieu, les tranquillisants (16,74 %) en général prescrits comme médication symptomatique de l'anxiété et de la nervosité des caractériels, mais surtout des dépressions névrotiques. Dans 20 % des cas, il s'agit de médicaments variés, parmi ceux-ci viennent au premier rang les salycilés et les antalgiques en général à base d'amidopyrine qui sont habituellement prescrits comme médication symptomatique de céphalées psychogènes.

L'ingestion de plusieurs médicaments associés se voit dans 8,76 % des cas avec une certaine prédilection pour l'association d'un anxiolytique et d'un hypnogène. Enfin, dans 3,9 % des cas il s'agit d'une ingestion plus rare, soit avec absorption massive d'alcool associé, soit l'ingestion de produits d'usage domestique tel que raticide et insecticide ou eau de javel, etc. De rares cas d'ingestions d'objets insolites peuvent s'observer tels qu'une fourchette ou une cuillère. Il s'agit dans ces deux cas de caractéropathes graves avec passage à l'acte impulsif.

b) les autres modalités :

Elles représentent 20,1 % des cas, donc une tentative par 5 environ. Le sexe masculin constitue presque la moitié de ces tentatives (48,20 %). L'homme choisit donc une modalité autre que l'ingestion dans une proportion plus grande que la femme (61,64 % pour celle-ci alors qu'elles représentent plus de 72 % des ingestions).

Si l'on considère le nombre d'hommes et de femmes vus en consultation, on constate que 30 % des hommes ont choisit une autre modalité que l'ingestion alors que le sexe n'intervient que pour 13,7 % des femmes. Les diverses modalités sont :

- la section de veines : (5,3 %) simple ou associée, elle est surtout le fait de l'homme.

- l'asphyxie vient en second lieu associée dans un quart des cas à une ingestion médicamenteuse avec 4,6 %. Elle est surtout choisie par le sexe féminin.

- la noyade avec 3,2 % est légèrement préférée par l'homme alors que la pendaison (2,5 %) constitue presque l'exclusivité du sexe masculin (10 cas sur 11).

- enfin la défenestration ou autre précipitation physique d'une hauteur semble utilisée (1,6 %) dans 5 cas sur 6 par les femmes.

- en dernier lieu, citons des modalités rares (2,3 %). Des tentatives par suppositoires d'hypnogènes se voient dans 0,93 % des cas -l'administration est rectale bien sûr- dans 2 cas sur 4 elle est associée à une ingestion orale médicamenteuse. Ce genre de tentatives est le fait exclusif de femmes névrotiques.

Citons enfin deux cas d'auto-strangulation, une électrocution, une tentative de coma par auto-injection d'insuline chez une diabétique. Enfin, nous avons rencontré un seul cas de tentatives d'immolation par le feu chez une femme mélancolique âgée de 70 ans.

2) parmi les hospitalisés (Tableau N° 5)

a) la prédominance de l'ingestion volontaire est confirmée avec 80,1 % des cas. Elle est utilisée par 26,2 % d'hommes et 73,7 % de femmes, donc un homme pour 3 femmes choisit l'ingestion. Par rapport au sexe, 72,7 % des hommes choisit l'ingestion alors que la femme l'utilise dans une proportion plus élevée, 83,20 %.

Les divers comprimés ingérés sont dans 47 % des cas des hypnogènes, dans [illegible] % des tranquillisants, [illegible] des médicaments divers et associés. On compte [illegible] ingestions variées, seulement insecticide et alcool à brûler.

b) les autres modalités représentent [illegible] % des tentatives. Le sexe masculin l'utilise plus volontiers ([illegible] %) que le sexe féminin ([illegible] % seulement). [illegible] dans 5,5 % des cas; en second lieu [illegible] ([illegible]).
[illegible] intervient [illegible] pour 2,3 % des cas avec une répartition [illegible] d'hommes et de femmes.

D. les motivations ([illegible])

1) en consultation : le conflit conjugal est invoqué dans [illegible] % des cas. Le conflit sentimental en second lieu avec [illegible]. Dans [illegible] % des cas le suicidaire est divorcé, en instance de divorce ou de séparation. Le conflit familial est moins invoqué ([illegible] %) et les tentatives [illegible] à un problème professionnel ne représentent que [illegible] % des cas.

2) parmi les hospitalisés : le problème conjugal est encore le premier ([illegible] %). La proportion de divorcés est identique, mais le problème familial est deux fois plus fréquent ([illegible] %). Le problème sentimental est [illegible] ([illegible] %) peut-être parce que ce dernier se règle facilement au niveau de la consultation alors que le conflit familial doit être plus fréquemment hospitalisé pour pouvoir être résolu.

E. [illegible]

En consultation. ([illegible])
La plupart des affections [illegible] sont peu représentées parmi les suicidaires adultes en consultation, les états dépressifs [illegible] le plus important pourcentage [illegible]. [illegible] les états [illegible] représentent [illegible] chez l'adulte. [illegible] ne dépasse pas [illegible] % des consultants [illegible] pour les états dépressifs [illegible].

1) [illegible]

- les psychotiques : ils ne représentent que [illegible] % des tentatives [illegible]. [illegible] et représentent environ 3,4 % des consultants. [illegible] pour [illegible] % des consultations. [illegible]. L'ensemble des psychoses [illegible] chez l'adulte [illegible] représente donc [illegible] % des [illegible] vus en consultation.

- [illegible] : elles ne représentent que 1,7 % avec une forte majorité de femmes [illegible].

- les débiles [illegible] pas [illegible], elles sont [illegible] l'apanage du sexe féminin.

- les épileptiques ne se [illegible] guère plus [illegible]. Les hommes sont majoritaires. Ils [illegible] que les [illegible], [illegible] des autres [illegible]. [illegible] ne [illegible] pas à [illegible].

- les [illegible] : elles représentent une pro-

portion un peu plus importante : [illegible] % avec [illegible] cas dont une légère majorité d'hommes ([illegible] pour 8 femmes).

- l'éthylisme enfin se rencontre de façon notable dans 9,5 % des cas. Les suicidants adultes sont alors des alcooliques vrais, c'est-à-dire porteurs parfois d'un état cirrhotique ou pré-cirrhotique, le plupart du temps d'une névrose éthylique grave. L'acte suicidaire survient parfois dans un tableau d'ivresse, rarement dans un tableau de [illegible] (un cas sur 10 seulement). L'acte suicidaire survient dans un contexte relationnel en particulier sur le plan conjugal très détérioré, avec crises conflictuelles parfois clastiques, souvent séparation conjugale, [illegible] Le sexe masculin représente environ [illegible] % des cas. Les femmes en général [illegible] de façon réactionnelle à une situation conjugale et familiale [illegible]. La tentative constitue alors l'aboutissement de la [illegible] du climat conjugal et familial.

2) Les états dépressifs

Ils représentent les affections les plus souvent rencontrées parmi les suicidaires adultes, et parmi les affections psychiatriques.

a) les dépressions mélancoliques constituent la première affection tant par sa gravité que par son pourcentage : [illegible] % des tentatives adultes surviennent au cours de dépressions mélancoliques. Ce chiffre voit une majorité de femmes ([illegible] %) mais par rapport au nombre des suicidaires selon le sexe, le sexe masculin est un peu plus représenté que la femme ([illegible] % contre [illegible] %). Pratiquement, toutes les dépressions surviennent après la trentaine.

b) les dépressions névrotiques et réactionnelles

- les dépressions névrotiques représentent [illegible] % des tentatives d'adultes, avec une importante majorité de femmes : 10 femmes pour un homme ([illegible] % du sexe féminin, contre 13 % pour l'homme seulement)

- les dépressions réactionnelles interviennent pour [illegible] % avec un homme pour [illegible] femmes seulement.

Nous avons distingué au niveau de la consultation les dépressions névrotiques c'est-à-dire avec des traits de caractère névrotique évidents, des dépressions apparemment réactionnelles aux situations conflictuelles actuelles et chez lesquelles la structure de personnalité [illegible] dans ce premier abord que constitue la consultation.

Enfin, signalons [illegible] cas de tentatives au cours de maladies organiques telles que cancer ou infection longue et pénible ([illegible] %)

Les suicidaires hospitalisés (Tableau [illegible])

1) Affections psychiatriques [illegible]

- la proportion de [illegible] s'avère sensiblement identique : [illegible] %, mais les schizophrènes, surtout chez l'homme, en constituent la majorité ([illegible] %), on ne retrouve que [illegible] % de [illegible] sans doute parce que vus en consultation posant souvent [illegible] qui nécessite leur placement d'urgence dans un service d'hôpital psychiatrique. Notons [illegible] % de psychoses puerpérales.

- la proportion de névroses s'élève à [illegible] % avec une prédominance du sexe féminin. Les [illegible] représentent [illegible] %. Ce chiffre est également retrouvé avec une remarquable concordance par rapport au pourcentage des consultations pour l'éthylisme ([illegible] %). Le sexe masculin y est le plus largement représenté.

2) Les états dépressifs

La proportion de mélancoliques s'avère ici [illegible] : [illegible] % tous sont plus âgés que 30 ans. On note ici une prédominance du sexe féminin ([illegible] %). Les dépressions névrotiques sur bases névrotiques représentent [illegible] %. Mais il ne semble plus possible en cours d'hospitalisation de rattacher la dépression réactionnelle à une cause réelle survenant chez des personnalités [illegible].

Les dépressions réactionnelles s'avèrent en général [illegible] des personnalités immatures et non exemptes de traits pathologiques, [illegible]

important des carences affectives dans leur antécédent. Les psychiatriques vrais -psychotiques, mélancoliques et névrotiques- ne représentent donc que 40 % des tentatives chez les sujets adultes, et la moitié de ce pourcentage est constitué par des dépressions mélancoliques.
Les adultes restant présentent donc à peu près en proportion égales soit des dépressions névrotiques soit des conduites suicidaires sur base névrotique ou réactionnelles à une situation conflictuelle donnée. La tentative semble d'abord caractérisée par un aspect plus de "[illegible]" et de désir de dormir que de mort véritable, en général il s'agit d'une ingestion de comprimés pour que "l'autre comprenne". [illegible] pourra poser un diagnostic psychiatrique et les insérer vraiment dans un cadre nosographique, à part bien sûr les dépressions névrotiques.

3. Les Récidives suicidaires (Tableau n° 36).

1) elles représentent 10,1 % des tentatives vues en consultation. Donc, un peu plus d'un consultant sur 10 pour tentative avait déjà passé à l'acte au moins une fois auparavant. Il s'agit d'une seconde tentative, c'est-à-dire une première récidive dans 7,8 % des cas, donc un peu plus de 6 cas sur 10; dans 4,3 %, il s'agit d'une troisième tentative, mais les conduites suicidaires à répétition, -c'est-à-dire 4ème tentative ou au delà- ne se voient que dans 2,9 % des cas.

La proportion des femmes récidivistes (13,6 %) est légèrement supérieure à celle des hommes (9,5 %).

2) parmi les suicidaires hospitalisés, la proportion des récidives augmente : elle atteint 25,17 % donc presque un adulte sur 5 hospitalisés est un récidiviste. La différence avec la proportion observée en consultation s'explique bien sûr par le fait que sont hospitalisés les cas les plus sérieux, c'est-à-dire posant un problème psychiatrique ou psychologique peu facilement soluble ou non encore résolu, et la répétition d'une conduite suicidaire constitue bien sûr un des principaux facteurs de gravité et une des indications majeures de l'hospitalisation.
Il s'agit d'une première récidive dans 21,? % des cas, c'est-à-dire dans 2 cas sur 3 environ. De même que dans les consultations, le pourcentage tombe à [illegible] % pour les troisièmes tentatives et les tentatives itératives ne sont rencontrées que dans [illegible] % des cas.
La proportion [illegible] dans les récidives est [illegible] hospitalisations : [illegible] représentent [illegible] alors que [illegible] hospitalisés est [illegible]. Les femmes [illegible] proportion [illegible]

Nous avons étudié de façon plus détaillée [illegible] des tentatives.

3. LA PERIODICITE DES TENTATIVES

Nous avons été frappés par le fait que les tentatives de suicides ne semblent pas être hospitalisées selon une répartition régulière et uniforme dans le temps mais par les séries entrecoupées de périodes plus ou moins longues sans aucune admission hospitalière.

Les séries d'hospitalisations, comme les périodes d'acalmie, n'excèdent en général pas 10 jours - par ailleurs, elles présentent des jours "fastes" où les tentatives arrivent par "paquets". Ainsi le Service d'Urgence du C.H.U. peut rester 8 jours sans voir aucun suicidaire, recevoir son suicidaire quotidien pendant 2 jours, puis 3 ou 4 , pendant 2 jours, ce qui constitue un "pic" suicidaire, puis les admissions reprennent à un rythme plus faible, et la série se termine.
Il semble exister une périodicité dans le temps, dans la semaine, et dans le mois. Par ailleurs, nous avons noté une certaine périodicité en cours d'année. Nous avons tenté de vérifier si cette périodicité existe réellement , et si elle dépend dans l'affirmative de certains facteurs

1) La périodicité annuelle :

On observe une fréquence maxima d'admissions pendant la période printanière au cours des mois de mars et d'avril -ou au cours de l'année 1970, on note 30 tentatives le mois de mars, et 40 au mois d'avril, ce qui représente presque le double des hospitalisations pendant le mois précédent-.Un second "pic" survient au mois de juin au début de l'été.On note enfin une petite recrudescence suicidaire fin septembre début octobre. Ceci semble correspondre au départ et au retour des grandes vacances. Par contre les mois de la saison froide de novembre à février, y compris la période qui correspond aux vacances de juillet et août, voient une proportion sensiblement égale de tentatives hospitalisées.Ainsi la chaleur exaltante, et le froid semblent peu inspirer les candidats au suicide. On nous particulière observée pendant l'année 1968 : le chiffre d'admission habituel est rencontré pendant le mois de mars, mais le mois de mai 1968 marqué par les événements sociaux que l'on connaît, s'avère un mois encore moins riche en tentatives suicidaires que les autres années.Le mois de mai est un mois peu riche en conduites suicidaires, la proportion est habituellement inférieure d'un tiers aux autres mois, elle représente à peu près en 1° la moitié des tentatives observées au cours de chacun des mois précédents. Par contre le mois de juin 1968, présente un "pic suicidaire" qui égale le "pic" rencontré au début du printemps.On n'est donc peu suicidé pendant le mois troublé de mai 1968, ceci semble confirmer la notion classique que le nombre des suicides diminue pendant les périodes de guerre ou de grandes tensions psychologiques pour augmenter à nouveau lorsque cesse cette tension et revient la paix. De même, on observe souvent une absence de passage à l'acte suicidaire quand des sujets sont aux prises avec d'importants ennuis sociaux-familiaux, leur énergie est mobilisée pour lutter contre les difficultés extérieures. Alors qu'ils présentent une tension psychologique apparemment insoutenable on s'attendrait logiquementà ce qu'ils s'effondrent.Or, l'effondrement avec le passage à l'acte suicidaire survient lorsque la situation redevient apparemmentplus favorable et les difficultés extérieures sont résolues. La tension psychologique diminue, et paradoxalement le sujet semble retourner contre lui-même, l'énergie qui n'est plus mobilisée contre des difficultés extérieures.

Outre cette fréquence des tentatives au printemps et en automne dans une proportion un peu moindre. Le plus frappant reste une périodicité à la fois dans dans la semaine et dans le mois.

[illegible]) Périodicité mensuelle et hebdomadaire :

On [illegible] sur dix [illegible] est hospitalisé [illegible], c'est-à-dire au cours d'une journée qui n'est en elle-même ni suivie, ni précédée par l'hospitalisation en groupe " séries".

- Les séries [illegible] : [illegible]

[illegible] en moyenne de [illegible] à 10 jours. Un nombre plus ou moins important de jours voit donc au maximum une hospitalisation quotidienne. Ceci réalise des " séries en longueur " elles-mêmes séparées par des périodes d'acalmie sans hospitalisation de suicidaires, qui laplupart du temps ne dépassent pas trois jours et très rarement 10 jours : sur une période de 2 ans ½, si l'on considère les périodes d'acalmie les plus nombreuses sont de cinq jours -9- et de-6-jours, on n'en rencontre que 3 de 7 et de 8 jours. On note dans le Service d'Urgence, seulement deux périodes de 15 jours sans tentatives, une de 1[illegible], deux de 1[illegible] et de 10 ainsi que [illegible] de 9, ainsi les périodes sans suicides [illegible] jours représentent [illegible] jours en totalité. Autrement dit, pour une période de 2 ans ½, c'est-à-dire de [illegible] mois, pendant 9 mois, aucune tentative de suicide n'a été hospitalisée; les tentatives sont hospitalisées en séries [illegible] sur [illegible] mois, c'est-à-dire environ les deux tiers du temps [illegible].

- [illegible] des séries ne sont pas [illegible] dans le temps. Certains jours s'avèrent faste avec un nombre plus ou moins [illegible] d'admissions qui réalisent de véritables "maxima" ou "pics" [illegible]. Ces [illegible] sont le plus souvent situés au milieu de la série réalisant [illegible] une véritable courbe de Gauss. Les tentatives sont [illegible] par [illegible] "[illegible]". Presque la moitié [illegible], groupées dans la journée -en général [illegible]. [illegible] rarement le nombre dépasse 4 ou 5 admissions [illegible].

- Les jours [illegible] sont [illegible] le dimanche et le Lundi; ils correspondent [illegible] de sorties ou les sujets sont confrontés avec leurs problèmes [illegible] après la fin du travail hebdomadaire. Les autres jours de la semaine voient des proportions sensiblement égales d'hospitalisations avec une légère recrudescence le vendredi, ce qui correspondaux tentatives du milieu de la semaine, en particulier le jeudi. Les autres jours voient un chiffre sensiblement égal d'admissions. La vague suicidaire qui survient le dimanche et en tout début de semaine s'avère la plus importante.

Nous avons par ailleurs noté une certaine périodicité journalière. Les ingestions volontaires médicamenteuses, semblent plus particulièrement fréquentes entre [illegible] heures et [illegible] heures.

En résumé, les suicidaires semblent arriver en vagues successives [illegible] culminent parfois très haut, cette succession de vagues, ou de séries suicidaires semble n'être pas le fruit du hasard, [illegible] qui restent à déterminer.

En effet, s'il existe des "pics" suicidaires le dimanche et le lundi, d'autres s'observent au cours d'autres jours de la semaine et la périodicité en fin de semaine ne peut à elle seule tout expliquer, certains lundis ne voient aucune hospitalisation, et le "pic, suicidaire survient un autre jour. La périodicité semble survenir au cours du mois selon des facteurs que nous nous sommes efforcés d'étudier.

AUTRES FACTEURS DE LA PERIODICITE

Leur recherche trouve d'abord des séries suicidaires groupées plus particulièrement aux alentours des différents changements de lune. Existe-t-il donc un cycle lunaire des tentatives de suicide ? Ce premier facteur pouvait-il être invoqué pour expliquer la périodicité des tentatives de suicide ?

1) Le cycle lunaire

Le problème est double : d'une part existe-t-il un cycle lunaire, et d'autre part ces admissions cycliques de suicidaires sont-elles [illegible] par le changement de lune lui-même ou par un autre facteur intervenant à cette occasion ? Précisons ce que signifie le terme de "cycle lunaire". Il existe deux changements de lune vrais : la pleine lune -P L- et la nouvelle lune -N L-, et deux variations du cycle lunaire ; le premier quartier -P Q- et le dernier quartier -D Q-
Ces quatre variations découpent le mois en 4 tranches de 7 jours en moyenne. Nous constatons que les séries suicidaires se groupent plus particulièrement aux alentours des changements de lune. C'est-à-dire que la plupart de ces changements s'accompagnent d'une série suicidaire ou au maximum d'une tentative de suicide soit le jour même, soit un ou deux jours précédant ou suivant le changement.
Etant donné que l'intervalle qui sépare deux changements est au minimum [illegible] suicidaires devraient donc se faire, [illegible] les hos- [illegible] 1969, [illegible] 20 changements de lune, [illegible] au minimum d'une [illegible] nt, soit dans les deux jours [illegible] ent donc ce changement. Dans 89 % des cas, les tentatives ne sont pas séparées des changements de lune par plus d'une journée et 14 seulement (11 %) ne sont pas suivies [illegible] tentatives dans un délai qui dépasse deux jours.

En résumé les hospitalisations de suicidaires accompagnent immédiatement ou dans un délai de deux jours 9 changements de lune sur 10.

EXEMPLE DE CETTE PERIODICITE LUNAIRE

1) L'étude des changements de lune pendant l'année 1969 :

En janvier les changements surviennent au voisinage de petites séries suicidaires mais en fin de semaine, l'existence des "pics suicidaires" peut donc s'expliquer par ce facteur et non par une possible influence d'un cycle lunaire.

Par contre pendant le mois d'avril les changements de lune surviennent en milieu de semaine - 3 mercredis et un jeudi-. On note alors 3 séries suicidaires en milieu de semaines; les lundi 31 mars, 7 et 28 avril ne voient aucune hospitalisation de suicidaire. Seule la nouvelle lune-N.L-, du 16 n'est suivie d'une tentative que le 19, elle est précédée l'avant-veille -lundi-14, de deux tentatives. Le jeudi 24 -P.Q.- voit 5 tentatives.

2) Etude des 6 premiers mois de 1970 :
Sur les 24 changements de lune :

-11 surviennent au moment même d'une série suicidaire, et un changement s'accompagne d'une seule tentative,
-3 sont encadrées par deux séries suicidaires
-2 surviennent un jour après une seule tentative de suicide
-4 la veille d'une série ou d'une tentative
-2 changements seulement surviennent 2 jours auparavent, et 2 autres se produisent deux jours après.

Pendant ce semestre, aucun changement de lune ne s'est accompagné d'une semaine sans admission de tentative.La seule série de 9 jours sans admissions survient, certes, entre les deux premiers changements de janvier mais le premier est précédé la veille d'une tentative et le second est suivi le surlendemain d'une série suicidaire.

En résumé il existe apparemment une relation statistiquement valable entre les changements de lune et les hospitalisations de suicidaires. Mais surtout celles-ci s'avèrent souvent décalées d'un ou deux jours par rapport au changement. D'autre part on rencontre parfois des séries à distance des changements de lune et des fins de semaine. N'existe-t-il pas alors d'autres facteurs favorisant la survenue des tentatives de suicide ?

L'étude des cycles suicidaires lunaires en 1968 a attirée notre attention sur un autre facteur :

L'existence d'orages (Tableau N° 11)

a) En juin 1968 :le dernier quartier survient le 17,mais précédé par des orages le 14 et le 15. Une série de 4 tentatives débute alors. Un autre orage le 20, précède 3 autre tentatives entre le 21et le 25.

b) de même en juillet 1969 : le second changement survient au cours d'une série de 4 tentatives, mais celle-ci en fait débute la veille avec un orage. Le surlendemain, 3 orages inaugurent une série de 9 tentatives.

c) en août 1969 : les 4 changements lunaires coïncident avec des séries suicidaires, mais on remarque surtout 6 séries d'orages à proximité des changements de lune. Seule la Pleine Lune inaugure une série régulière sans "pic suicidaire" et ceci en l'absence d'orages. Ceci nous conduit à étudier la présence et l'action possible des orages au cours de l'année 1968 1969 et du premier semestre de 1970.

IX.L'ETUDE DES ORAGES

Etude globale :

1) en 1968 : sur 18 orages, 3 seulement ne s'accompagnent pas directement de tentatives. L'hospitalisation de suicidaires dans un délais, souvent 3 jours après l'orage, une relation de cause à effet ne peut donc pas être mise en évidence.
2) en 1969 : Sur 25 orages, 7 n'induisent , apparemment pas, de tentatives. -un survient le 2 mai, deux ne voient d'hospitalisation que le surlendemain, un survient au cours d'une série de 11 jours sans suicides hospitalisés, enfin les 3 derniers orages font partie de séries de plusieurs orages étalés en plusieurs jours-. En ce qui concerne le dernier point, il semble qu'interviennent surtout la situation pré-orageuse dans le sens des facilitations à l'acte. S'il s'agit d'une série de plusieurs orages en plusieurs jours, un certain nombre d'orage, en particulier les derniers, n'entraînent alors plus de passage à l'acte.
3) en 1970 : Les 13 orages survenus pendant le premier semestre s'accompagnent tous d'une série suicidaire.
Par exemple le mois de février voit 2 séries suicidaires, l'une précédée de deux orages, l'autre par la pleine lune. En Juin 1970, 36 tentatives sont réparties sauf une, en trois séries :

La première de 7 tentatives voit un maximum le lendemain de la nouvelle lune avec une situation orageuse - 2 crochets barométiques puis un orage -,

La seconde plus importante comprend 18 tentatives entre 2 changements de lune, elle est marquée par un orage.

La troisième de 10 tentatives est encadrée par 3 orages.

En résumé : 12 orages sur 56 seulement ne présentent pas de coïncidenses évidentes avec une série suicidaire ou au minimum avec une tentative.44, c'est-à-dire 4 orages sur 5 environ surviennent au moment d'une vague d'hospitalisations suicidaires.

Le rôle des orages ne peut donc être nié, cependant, il ne peut expliquer toutes les séries suicidaires, car il existait des séries en dehors des conditions décrites -changement de lune, orages atmosphériques-, d'autre part on observe des périodes de temps "orageux" sans les perturbations atmosphériques évidentes d'un orage avec éclair, pluie, tonnerre, etc...

Mais d'abord comment définir un"orage"?
L'orage atmosphérique est une perturbation qui s'accompagne d'une variation de la pression barométrique. Quand la pression augmente, les météorologistes parlent "d'orage positif" et quand elle diminue "d'orage négatif"-ou "d'orage blanc"-. Parfois il s'agit d'un"grain blanc".En effet il peut s'agir soit d'un orage atmosphérique, soit d'un orage barométrique appelé "grain". Celui-ci ne se traduit pas par les perturbations atmosphériques bien connues, mais simplement par une variation de très faible amplitude de la courbe de pression barométrique, ce qui réalise un "crochet barométrique".Il explique les journées orageuses ou chacun se sent"oppressé".

Le dénominateur commun s'agira donc la variation de la pression mesurée barométrique en millibars-M.B.- .Il fallait étudier la pression enregistrée de façon continue, sous forme d'un diagramme quotidien par la station de météorologie.

III ETUDE DES PRESSIONS ATMOSPHERIQUES

a) Le mois d'avril 1970 : (Tableau N° 13)

L'enregistrement continu de la pression sous forme d'un diagramme journalier continu, nous a permis d'expliquer l'apparente périodicité suicidaire selon un rythme lunaire. La variation de pression barométrique -le plus souvent dans le sens d'une augmentation-quand surviennent des conduites suicidaires, constitue le dénominateur commun présent en particulier au moment des orages, ou au voisinage des changements de lune, et parfois à distance de deux facteurs. L'étude comparative des séries suicidaires et de la pression barométrique pendant le mois d'avril 70, permet de mieux le comprendre.

1) Une première série comprend 15 tentatives pendant les 8 premiers jours avec un pic maximum de 4 tentatives le lundi 6, jour de la nouvelle lune - cette série a en fait débutée au dernier quartier le 29 mars avec un orage-. Un premier maximum voit 4 tentatives en 2 jours, précédées d'une augmentation assez rapide de 10 millibars -m.b.-, le premier avril, puis 5 tentatives le 2 avril. La pression reste ensuite stable vers 1005mb, mais un orage barométrique survient le 4 au soir d'où : 3 tentatives le 5 ensuite un orage vrai c'est-à-dire atmosphérique s'accompagne d'une brutale chute de pression de 15 mb en l'espace d'une demi-journée le 6 -nouvelle lune - d'ou 4 tentatives de suicides.

A noter le 7 une légère remontée de 5mb s'accompagnant de cents très importants; 2 tentatives sont hospitalisées, une seule le 8-mais un crochet barométrique est à noter ce jour. Un second le 9 avec une augmentation de la pression qui passe de 990 à 1001 mb en deux jours : 5 tentatives hospitalisées le 9 et le 10 après cette période orageuse.

2) La seconde série ne compte en 3 jours que 4 tentatives dont 1 le 14, jours du premier quartier. Une dépression rapide de 13 mb est suivie d'une remontée rapide de plus de 30 mb. Mais les 4 jours suivants ne voient pas de variation importante de la pression qui diminue en pente douce jusqu'à 1005 : une seule tentative est hospitalisée le 16.

3) La troisième série survient le 19 avril avec2tentatives puis 4 le 20 veille de la pleine lune. Une brutale dépression de 5 mb le 19, est suivie d'une rapide remontée de 10 mb annonçant le pic des 4 tentatives. Le lendemain de la pleine lune, un diminution rapide de 11Mb -2 tentatives - est suivie d'une légère remontée -3 tentatives-.On voit donc que la pleine lune -sans hospitalisation le jour même -, est encadrée de l'avant-veille et le surlendemain par un changement de type de temps, avec acmés suicidaires.

La série suicidaire se termine avec 3 tentatives en 3 jours, la courbe en effet réamorce une nouvelle dépression le 25 et le 26 avec un crochet le 25, qui est marqué par des petits orages.

La pression effectue ensuite une remontée de plus de 10 mb avec un autre crochet barométrique -2 tentatives -, la veille du dernier quartier. Cette nouvelle variation de type de temps est donc survenue la veille du dernier changement de lune, le lendemain de ce changement une nouvelle dépression suivie d'une remontée avec un "grain" entraîne la dernière vague suicidaire - 3 tentatives les 2 derniers jours d'avril suivies de 4 tentatives les 4 premiers jours de mai-.

ETUDE DES SERIES SUICIDAIRES DE SEPTEMBRE 1970.

1) Les séries suicidaires :

48 tentatives sont hospitalisées dans le Service d'Urgence du C.H.U. pendant le mois de septembre, elles sont réparties en 7 séries d'inégale importance. La plus longue série s'étale entre le 8 et le 15, groupant 19 tentatives dont 4 le Mercredi 9 -lundi du 1er quartier marqué par un orage - et 4 le mardi 15 - jour de la pleine lune avec un orage-.

On voit donc que les changements de lune s'accompagnent volontiers d'orages soit atmosphériques, soit barométrique, qui traduisent de façon évidente le changement de type de temps, survenant quelques temps avant ou après le changement de lune, ce facteur est bien connu des météorologistes bien qu'il soit peu décrit classiquement.

Le lendemain de la pleine lune, aucun suicidaire n'est hospitalisé, mais le surlendemain -jeudi 17-, 4 tentatives le sont. En trois jours 8 suicidaires sont donc hospitalisés en 2 séries de 4 tentatives, encadrant la pleine lune. A noter qu'aucun des trois pics de 4 tentatives, n'a lieu un lundi...

2) Nous avons reporté sur un court schéma le diagramme de la pression barométrique, enregistrée du 14 au 18 septembre. Il permet de mieux comprendre quel type de changement de temps peut survenir aux alentours d'un changement de lune et ainsi influer sur la périodicité suicidaire.

- La pression barométrique reste étale le 14, mais le 15 survient un crochet barométrique de 7/10 e de millibar - donc minime en apparence - il correspond à un "grain" déterminé par le passage d'un cumulo-nimbus. Il réalise donc un "orage barométrique" c'est-à-dire qui se traduit non pas par les perturbations atmosphériques spectaculaires de l'orage "atmosphériques" - tonnerre, éclairs, etc...-.Il réalise un temps lourd et orageux ou l'on se sent oppressé et "sous tension". Un second crochet marque cette journée orageuse qui voit 4 tentatives hospitalisées.

- Le lendemain 16, jour de pleine lune, aucune tentative n'est hospitalisée, mais la pression barométrique s'élève rapidement de 998 à 1016 mb et le 17 septembre voit 4 tentatives hospitalisées.

In [illegible] premières années de septembre sont marquées par 35 admissions de suicidaires, réparties en plusieurs séries dont les pics maxima surviennent aux deux premiers changements de lune.

a) Le premier quartier s'accompagne d'un orage, et les 2 jours suivants 7 suicidaires sont hospitalisés.

b) La seconde série voit du 15 au 17 septembre deux pics de 4 suicides:

- le premier pic survient après un orage après un crochet barométrique de peu d'importance - 7/10 e de mb -

- le deuxième pic survient après une augmentation brutale de 20 mb pendant la journée de la pleine lune.

L'étude des pressions barométriques en particulier pendant le mois d'avril et de façon plus localisée pendant le mois de septembre 1970, permet donc de tirer des conclusions sur le rôle de la pression barométrique.

VARIATIONS DE LA PRESSION BAROMETRIQUE

El e favorise la fréquence des tentatives de suicides qu'elle accompagne ou non d'orages -Cette variation est alors brutale et de l'ordre en général de 10 à 30 mb. Il peut par ailleurs s'agir d'un simple "orage barométrique" ou "grain" ne se traduisant que par un crochet de faible amplitude - en général inférieur à 1mb - sur le diagramme de la pression.

Ces variations de la pression ne peuvent être étudiées que sur l'enregistrement continu sous forme d'un diagramme journalier : lui seul en donne un reflet fidèle des conditions atmosphériques, car une pression moyenne barométrique journalière résulte de la moyenne de ces pressions enregistrées aux différentes heures de la journée, si une journée et si la pression revient rapidement au chiffre antérieur, la moyenne de toutes les heures minimise "l'accident"; de sorte que la différence peut-être peu importante entre les moyennes de 2 jours qui se suivent.

Par ailleurs les crochets barométriques ne sont visibles que sur la courbe d'enregistrement, alors qu'ils donnent une ambiance orageuse, lourde, où le cardiaque se sentira oppressé et où le suicidaire potentiel passera à l'acte plus facilement.

L'étude du diagramme :

1) peu avant les vagues suicidaires ce produit habituellement une variation rapide de la pression atmosphérique. Il s'agit plus souvent d'une augmentation que d'une diminution.

2) Ces variations se rencontrent plus électivement au moment même ou à proximité des changements de lune. De même celles-ci s'accompagnent souvent d'orages atrophériques ou barométriques. Parfois on observe la présence de vents importants. Ceux-ci interviennent plus rarement dans la genèse des comportements suicidaires, mais un exemple peut- être cité : le fôehn transalpin qui souffle par dessus les Alpes d'Italie en Bavière est appelé dans cet état "le vent qui rend fou", il est même invoqué par l'avocat de la défense quand il s'agit d'actes délictueux, impulsifs, commis par certains psychopathes instables, lorsque soufflait le Fôehn.

3 L'apparente influence du cycle lunaire sur les séries suicidaires s'explique par la variation habituelle, dépression barométrique, mais non constante, au moment des changements de lune. Ces changements s'accompagnent en effet d'une variation de type de temps qui survient au plus tôt l'avant-veille, au plus tard le surlendemain au changement de lune proprement dit. Parfois les changements de type de temps coïncident exactement avec le jour du changement de lune. L existence d'orages apparents ne constitue qu'un épyphénomène.

En résumé , l'unfluence de la lune ne s'exerce que par l'intermédiaire du changement de type de temps. Celui-ci se traduit par une variation de la pression barométrique, soit ample et brutale, soit sous forme d'un crochet barométrique minime en apparence.

4) Inversement si la pression ne varie pas brusquement, mais au contraire lentement, à plus forte raison bien sûr si elle ne varie pas du tout, il existe moins de chance pour que survienne une vague suicidaire. Si la variation de type de temps survient en dehors du cycle circadien et à distance des jours habituellement riches en séries suicidaires comme le lundi, ceci explique la présence de vagues suicidaires comme le lundi, ceci explique la présence de vagues suicidaires au cours d'autres jours de la semaine, sans d'autres raisons apparentes.

5) La variation de type de temps et des pressions barométriques ne constituent évidemment pas la cause des tentatives de suicide. Elle constitue un facteur favorisant le declenchement de la tentative : elle semble favoriser le passage à l'acte impulsif, mais chez les sujets jeunes qui ont bien sûr des raisons psychologiques d'emprunter les voies suicidaires. Ce facteur s'insère dans un ensemble d'autres facteurs ainsi, certains changements de lune, s'accompagnant d'orages, peuvent ne s'accompagner d'aucune hospitalisation de suicidaire, si elles surviennent au cours de périodes sans tension psychologiques, par exemple.: la fête du travail -le 2 mai 69, ne s'accompagne d'aucune tentative suicidaire, malgré un changement de lune, avec un orage.

Par contre si le changement de lune s'accompagnant d'un orage avec variation brutale de pression, survient en fin de semaine, par exemple le dimanche, en fin de mois, alors que peuvent intervenir des conflits psychologiques, des problèmes financiers en fin de mois, ou d'énervement au cours d'une rentrée fatiguante de fin-de semaine, se trouvant alors réunies toutes les conditions pour que soient favorisés au maximum des passages à l'acte de type impulsif. On a alors toutes les chances de voir une vague de plusieurs suicidaires - en général 4 ou 5 minimum - hospitalisés dans les Services d'Urgence le lundi matin.

IV. LES TENTATIVES DE SUICIDE DES ADOLESCENTS

A. SELON L'AGE

Parmi les hospitalisations (Tableau N° 17)

Par tranche d'âge, globalement, les adolescents tentent surtout de se suicider à 18 ans (14,93 %) et 19 ans (22,07 %). La proportion est sensiblement la même, entre 12 et 13 %, à 16, 17, 20 et 21 ans.

Pour l'adolescente, il s'agit surtout de 17,18 et 19 ans, avec une prédominance marquée pour 19 ans. Le passage à l'acte suicidaire s'effectue par ailleurs plus à 18 ans qu'à 17 ans. Pour le garçon, l'âge de prédilection semble 19 et 21 ans.

en consultation (Tableau N° 16)

La fréquence maxima des tentatives est retrouvée à l'âge de 17 ans (19,6 %) 18 ans surtout (23 %) et 19 ans (20,3 %). Le garçon marque une préférence pour 17-18 ans, la fille pour 18-19 ans. Les adolescents se suicident en fait peu avant 15 ans : si l'on trouve 7,6 % de tentatives pour l'âge de 15 ans le chiffre baisse à 1,9 % à 14 ans et à 0,7 % en dessous de cet âge, chez les hospitalisés. En consultation on trouve cependant 4,3 % d'adolescents de 14 ans mais la grande masse des adolescents passent à l'acte après l'âge de 16 ans. On a vu que 2 adultes passent à l'acte pour 1 adolescent, et selon le sexe chez l'adulte 3 femmes environ pour 1 homme. On constate que plus l'âge diminue plus la proportion du sexe féminin augmente : alors que le sexe féminin ne représentait que 66,37 % en consultation pour les adulte, 82,69 % des tentatives vues en consultation dans les adolescents sont des filles contre 17 % de garçons. La proportion est donc de 4 filles pour 1 garçon.

Parmi les hospitalisés : la proportion est un peu moindre : 3 filles pour un garçon seulement sont hospitalisées.

B. Selon le sexe : le nombre (Tableaux 1, 16, 17)

Les adolescents représentent 37,68 % des consultations et 37,93 % des hospitalisations. On retrouve donc le même chiffre mais on note une légère augmentation des garçons hospitalisés par rapport à ceux vus en consultation : 24,02 % sont hospitalisés alors que 17,30 % sont vus en consultation. Les filles représentent 82,69 % de consultation et ne sont hospitalisées que dans la proportion de 75,97 %. On voit donc que 4 filles sont vues en consultation et 3 sont hospitalisées pour 1 garçon.

C. Selon les modalités

1) en consultation (Tableau N° 18)

a) l'INGESTION MEDICAMENTEUSE représente la grande majorité des cas avec 86,53 % des modalités suicidaires : au premier rang viennent les hypnogènes et les barbituriques avec 26,6 % , 40 % sont constitués par les ingestions variées dont la moitié d'antalgiques ou de salycilés divers. L'aspirine et ses associations viennent même avant l'ingestion des tranquilisants. A noter dans trois cas l'ingestion massive d'alcool.

b) les autres modalités ne sont utilisées que dans 13,46 % des cas.

Plus de la moitié de ces autres modalités (57,1 %) sont des sections de veines, la plupart simples, certaines associées à une ingestion médicamenteuse. (7,6 % de toutes les modalités suicidaires). En second lieu, l'asphyxie et la défenestration représentent chacune 1,5 % de l'ensemble des modalités et 11,4 % des autres modalités. A noter qu'aucun adolescent n'a utilisé la pendaison parmi ces modalités.

2) parmi les hospitalisés : (Tableau N° 19)

a) l'ingestion médicamenteuse est de même utilisée en premier lieu dans 80 % des

cas. Les hypnogènes viennent au premier rang avec [illegible] % des ingestions.
b) dans 12,18 % des cas, une autre modalité est utilisée avec au premier rang toujours la section de veines ([illegible] %) au second rang l'asphyxie et la défenestration (18 % à égalité). On note deux tentatives d'auto-strangulation, toutes deux chez des adolescents psychotiques.

D. Les motivations apparentes :

1) parmi les hospitalisés : (Tableau n° [illegible])

- en premier lieu on trouve un problème familial dans [illegible],91 % des cas. Dans [illegible] % le problème est mixte, familial et sentimental, il s'agit en général d'un amour contrarié par la famille.

- en second lieu, on trouve un problème sentimental. La classique "déception sentimentale" s'est retrouvée dans [illegible],42 % des cas.

- loin derrière, en troisième position, interviennent les motivations scolaires dans [illegible] % des cas (en général crainte d'une réprimande après un échec scolaire ou isolement d'un adolescent en internat qui ne supporte pas la solitude).

- dans [illegible] % des cas seulement intervient un problème professionnel (par exemple des difficultés dans un contrat d'apprentissage).

- citons quelques cas de conflits conjugaux dans 1,9 % des cas.

2) parmi les consultations

La même proportion est sensiblement retrouvée : le conflit familial est invoqué en premier lieu (26 %) puis la déception sentimentale (20,[illegible] %), en 3ème lieu un conflit professionnel ([illegible] % des cas), enfin un problème scolaire ([illegible] % des cas) et parfois un problème conjugal.

E. LES ADOLESCENTS PSYCHIATRIQUES (Tableau N° [illegible])

1) parmi les adolescents hospitalisés, les statistiques montrent [illegible] peu plus de [illegible] % peuvent rentrer dans un cadre [illegible], car ils présentent une symptomatologie [illegible] importante. Mais la moitié à peine de ce chiffre [illegible] pourrait nommer la "psychiatrie lourde".

a) les adolescents psychotiques

Les schizophrénies [illegible] et les dépressions atypiques [illegible] représentent [illegible] des cas.

Dans 1,9 % des cas il s'agit d'une [illegible] ([illegible] cas).

Des [illegible] dans [illegible] % [illegible] et constituent une crise [illegible] de l'adolescence [illegible].

b) les adolescents névrotiques

Ils ne constituent que [illegible] % des cas, en général hystérie -une hystéro-épilepsie est retrouvée dans [illegible] % des cas- par ailleurs les tentatives ne surviennent chez des débiles et des comitiaux que dans [illegible] % des cas.

c) les caractériels sévères représentent en fait la seule grande catégorie retrouvée avec les psychotiques, les caractériels sévères représentent en effet 15,[illegible] % des tentatives. Ce pourcentage est donc sensiblement égal à celui des schizophrénies.

2) en consultation

Les adolescents suicidaires psychiatriques représentent une proportion encore moins élevée que parmi les hospitalisations.

a) les psychotiques (schizophrènes et dépressions atypiques) ne représentent que 4,25 % des tentatives. Les psychoses puerpérales sont retrouvées dans [illegible] % des cas.

b) les névroses graves constituent 3,8 % des cas, nous avons trouvé 1,5 % de toxicomanies.
c) par contre, les caractéropathies graves constituent plus du quart des tentatives de l'adolescent hospitalisé : 25,76 % des cas.

En conclusion, si l'on peut faire rentrer dans un cadre nosographique 41,% des adolescents suicidaires vus en consultation, ce pourcentage comprend 25,76 % de caractériels caractérisés, et la part de la "psychiatrie lourde" (psychotiques et névrotiques) ne représente pas 12 % des suicidants.

Parmi les adolescents hospitalisés, 20 % à peine sont psychiatriques, donc les trois quart psychotiques.

La grande masse est donc constituée par une conduite suicidaire "pathologie en soi".

F. Les Récidives (Tableau N° 22)

1) en consultation

Les récidives représentent 12,3 % des tentatives vues en consultation, les 2/3 de ces cas (8,07 %) sont une récidive simple, c'est-à-dire une seconde tentative de suicide. Une troisième tentative n'est retrouvés que dans 3,4 % des cas et les tentatives itératives au delà de 4 ne représentent que 0,72 % des cas.

2) parmi les hospitalisés, le pourcentage est un peu supérieur : il s'agit d'une seconde tentative dans 18,18 % des cas. Parmi ces recidives, les 3/4 sont constituées par une seconde tentative d'autolyse (12,9 %). On trouve une 3è et une 4è tentative dans 1,2 % des cas, les adolescents ne présentent des tentatives itératives au delà de 4 que dans 2,5 % des cas. A noter qu'il s'agit dans 32 % des cas des récidives d'un garçon. Un garçon pour 2 filles récidive donc. 27 % de récidives.

G. Les Structures familiales (Tableau N° 23)

1) structure familiale inexistante : les deux parents sont absents physiquement (enfants de l'Assistance Publique) dans une proportion voisine de 5 % des cas (consultations) à 7,01 % des cas (hospitalisés).

2) La structure familiale est physiquement dissociée dans 32,8 % des cas: dans 16,7 % il s'agit d'un divorce des parents.
dans 10,14 % des cas, l'un des deux parents est décédé. Le plus souvent il s'agit du père -7,8 % des cas. On sait que le nombre des enfants sans père n'excède pas 1,5 % de la population globale; le chiffre parmi les consultants est de 10,87 %. Enfin, dans 5,2 % des hospitalisés, un des deux parents est absent physiquement en raison soit d'une longue maladie soit d'un internement -le plus souvent il s'agit de la mère d'une adolescente obligée de remplir le rôle de la maîtresse de maison dans le foyer.

En résumé, dans 39,31 % des cas, l'adolescent suicidaire n'a pas eu en face de lui un père et une mère physiquement présents.

3) structure familiale perturbée :
- par l'éthylisme d'un des deux parents dans 21,5 % des cas. Le plus souvent il s'agit du père (4 cas sur 5).
- par un mauvais climat affectif dans 25 % des cas au minimum ; il s'agit d'une perturbation des rapports affectifs soit entre les parents eux-même (mésentente parentale) retentissant sur l'enfant, soit entre les parents et l'enfant lui-même. Il peut ne pas y avoir de mésentente entre les parents dans ce cas. Ceci réalise des carences affectives parmi lesquelles les séparations de la prime enfance sont facilement mises en évidence : nous les retrouvons dans 12,4 % des cas d'adolescents hospitalisés, et dans 9 cas sur 10 elles concernent un enfant dont la venue a mal été acceptée par les parents, il a été traité avec froideur et rejetté par la mère. ce qui s'est traduit par un

placement temporaire nourricier ou familial dans la prime enfance, c'est-à-dire à un moment où une carence affective de la part de la mère peut particulièrement fragiliser l'enfant et perturber ultérieurement son développement sur le plan affectif.

4) une structure familiale "misérable", n'est rencontrée que dans 5 % des cas seulement.

5) notons, enfin une proportion allant de 6 % chez les hospitalisés à 10 % chez les consultants concernant des adolescentes déjà très engagées dans leur vie de femme. La majorité est déjà mariée (7,6 % pour les consultations, 3,9 % pour les hospitalisées) la tentative de suicide survient le plus souvent dans le cadre d'un conflit conjugal parfois il s'agit d'une psychose puerpérale La minorité concerne des adolescentes enceintes et célibataires (3 % des consultations, et 1,95 % des hospitalisations). La tentative survient le plus souvent en raison du drame familial que représente leur grossesse.

Si l'on totalise ces cas, on constate donc que 5 % des adolescents suicidaires hospitalisées ont grandi au sein d'une structure familiale physiquement au complet et harmonieuse sur le plan affectif.

V. ETUDE PSYCHOMETRIQUE

Un bilan psychométrique a été réalisé dans 37 cas d'adolescents âgés de moins de 21 ans.

Les tests psychologiques ont été réalisés non seulement pour permettre une meilleure compréhension du cas particulier de chaque adolescent suicidaire, mais aussi dans l'espoir qu'ils pourraient éventuellement mettre en évidence des éléments objectifs permettant un possible dépistage d'une conduite suicidaire ultérieure chez les adolescents.

I - Tests psychologiques chez les adolescents

La batterie des tests employés a consisté en général en un test (vocabulaire ou Wechsler-Bellevue) mesurant le quotient intellectuel associé parfois à un questionnaire de personnalité (inventaire multi-phasique de personnalité du Minnesota : M.M.P.I. qui donne un profil de la personnalité, soit un test projectif : Rorschach ou T.A.T.).

A - Sur le plan psychométrique

Le Q.I. a été évalué dans 29 cas sur 37 : dans 17 cas par le test de Wechsler-Bellevue, dans 12 autres cas par le test de vocabulaire de Binois et Pichot.

a) Les tests de vocabulaire : ils montrent une majorité de quotients intellectuels inférieurs : 6 sont inférieurs à 90, c'est-à-dire dans la zone de la débilité légère ou voisine de cette débilité légère, un est à 93, deux seulement sont "normaux", c'est-à-dire au voisinage de 100, et 3 sont franchement supérieurs a 110.

b) le test de Wechsler-Bellevue montre de même 8 cas avec un Q.I. entre 75 et 95, 6 entre 96 et 100 et un seul à 101, c'est-à-dire dans la zone normale, 3 cas seulement sont supérieurs à 110.

En résumé, on voit donc que 15 Q.I. sur 29 sont donc franchement inférieurs au Q.I. normal, soit marginaux inférieurs, 8 cas présentent un Q.I. "moyen" voisin de 100, c'est-à-dire normal, statistiquement le plus fréquent (3 seulement dépassent 100), 6 Q.I. sont au-dessus de 110 c'est-à-dire marginaux supérieurs. Donc 51 % des Q.I. sont le fait d'une frange intellectuelle franchement inférieure à la moyenne, 21 % sont situés dans la zone supérieure à la moyanne.

Par ailleurs, l'étude du Wechsler-Bellevue montre que les résultats obtenus sur le plan verbal et performance ne sont pas homogènes dans 15 cas sur 17. Le Q.I. verbal est supérieur au Q.I. performance dans 4 cas par un écart de plus de 10 points, donc 3 cas par un écart de 29 points. Le Q.I. verbal est inférieur au performance ("fausse débilité") dans 6 cas sur 8 par un écart de 10 points, minimum.

B - L'Etude de la personnalité

Elle est réalisée soit par : - questionnaire de personnalité : le M.M.P.I. qui donne un profil de la personnalité en mesurant l'élévation de diverses échelles névrotiques et psychotiques ou de déséquilibre psychopathique - dans les observations diverses échelles ont été rapportées, numérotées selon le code habituel, suivi par les trois échelles de validité précédées d'un x si celles-ci sont pathologiques.

soit par un test projectif : Rorschach ou T.A.T. qui permet de connaître l'organisation dynamique de la personnalité.
Tous les adolescents de cette série ont passé soit un test de personnalité, soit un ou deux tests projectifs, soit une batterie associant un test de personnalité et un test projectif. Les tests utilisés ont consisté en :
Q.I. associé à un test de personnalité : 8 cas.
Q.I. associé à un test de Rorschach : 9 cas.
Les deux tests personnalité et Rorchach ont été associés dans 10 cas.
Le T.A.T. n'a été utilisé seul qu'une fois, il a par contre été associé au MMPI dans 4 cas et au Rorschach dans 5 cas.
Enfin, la batterie des tests projectifs a consisté dans un T.A.T. associé au Rorschach dans 4 cas.

II - L'Examen des résultats

Il montre plusieurs points :

1) le niveau intellectuel : nous avons vu que le Q.I est en général inférieur à 90, plus rarement supérieur à 110.
Les Q.I. se situent donc plus particulièrement dans les zones marginales, le plus souvent il s'agit de quotients à la limite de la débilité légère, en particulier - et il s'agit plus souvent dans ce cas de personnalités caractérielles - un peu moins fréquemment il s'agit de Q.I. franchement au-dessus de la moyenne (statistiquement fixée aux alentours de 100).
Il s'agit alors plus volontiers de personnalités pré-psychotiques, voire même psychotiques.

De toutes façons, on constate que l'intelligence est mal adaptée à la réalité, et qu'il existe une mauvaise utilisation des possibilités intellectuelles du sujet.

2) La personnalité

a) l'affectivité :

Elle s'avère peu et mal structurée, elle est de type infantile avec une tendance marquée à l'égocentrisme. On remarque de façon permanente des troubles de l'identification : les images parentales sont très ambivalentes et souvent l'image paternelle est inexistante, voire même absente (presque dans deux tiers des cas).

La plupart des adolescents n'arrive pas à acquérir une autonomie réelle sur le plan de l'affectivité et surtout sur le plan de la sexualité. Les protocoles s'avèrent tantôt régressifs, tantôt narcissiques, ils expriment des défenses qui semblent s'être établies au moment de la reprise des processus oedipiens après la période de latence.

b) On observe enfin une coupure de ces malades vis-à-vis du réel. Elle se traduit sur le MMPI par un profil ascendant vers la droite, d'allure psychotique. Fréquemment, le profil est en "dents de scie" avec une élévation des échelles paires : allure d'un déséquilibre.

Dans ce test MMPI, on constate que certaines échelles sont plus fréquemment élevées que d'autres. On note en effet une pointe de l'échelle 4 c'est-à-dire une élévation de l'échelle de déséquilibre psychopathique qui exprime l'absence de réactions émotionnelles prondondes avec une incapacité à profiter de l'expérience acquise et un mépris des usages sociaux. Ceci entraîne souvent des troubles du comportement avec une facilité du "passage à l'acte", ceci est confirmé par la fréquente élévation par ailleurs de l'échelle 9 d'hypomanie.
L'échelle 6 paranoïaque s'avère élevée, elle exprimerait une revendication affective importante.

Par contre il est remarquable d'observer que les échelles 2 (dépression) et 7 (anxiété) sont rarement élevées. Ceci corrobore du reste les données du test de Rorschach où les protocoles dépressifs sont rares et ne révèlent en général qu'une angoisse flottante.

QUELS RENSEIGNEMENTS PEUT-ON TIRER DU BILAN PSYCHOLOGIQUE ?

I - Chez les adolescents suicidaires psychiatriques :
Dans la plupart des cas, les tests confirment et précisent l'aspect clinique, mais ils peuvent parfois s'avérer en désaccord avec elle et redresser un diagnostic apparent sur le plan clinique.

1) dans la plupart des cas, ils confirment un diagnotic clinique évident en précisant le type et la gravité de l'affection psychiatrique -c'est le cas des psychotiques, c'est-à-dire des schizophrènes évidentes sur le plan clinique. Parfois il confirme un diagnostic clinique peu évident dans les cas de schizophrénie avec dysmorphophobie.

Chez les personnalités psychopathiques, le bilan projectif confirme le diagnostic et permet d'estimer la gravité du déséquilibre psychique en précisant les troubles du jugement, la psychorigidité, et la possibilité de passage à l'acte impulsif, donc la probabilité de récidives suicidaires. Par ailleurs, les échelles de validité F, L et K peuvent apporter des précisions sur la possibilité d'une délinquance.

Dans les dépressions atypiques, c'est le bilan projectif qui révèle la structure psychotique sous-jacente (cas 12,13,15).

Dans plusieurs cas, le bilan psychologique s'avéré indispensable chez certaines adolescentes suicidaires avec pauvreté des motivations et du contact et conflits familiaux. Dans deux cas (16 et 12), après une première hospitalisation pour tentative suicidaire, elles sont presque immédiatement reprises contre avis médical par la famille (la mère). Réhospitalisées après une récidive suicidaire, le bilan psychologique qui peut alors être pratiqué révèle alors de façon évidente le caractère atypique de la dépression, avec une structure psychotique sous-jacente.

2) Dans certains cas, les tests peuvent redresser un diagnostic clinique en évitant une erreur en moins ou en plus.
- Parmi les erreurs en moins: il s'agit de la révélation d'une schizophrénie sous un tableau de troubles caractériels prévalents (cas n° 2). Par ailleurs, en ce qui concerne l'évolution ultérieure dans certains structures caractérielles le bilan modère l'appréciation optimiste qui peut être portée sur l'avenir, en revenant suspect d'une évolution hébéphrénique ultérieure (cas n° 14).
- Parmi les erreurs en plus : le bilan projectif peut par contre ne montrer qu'une structure caractérielle ou une crise dissociative de l'adolescence sous des tableaux de dépression atypique ou de bouffées dissociatives, c'est-à-dire dans les aspects de clinique psychotique (cas 26 et 27). Des aspects cliniques de dépression grave ou d'inhibition avec autisme peuvent d'eux-mêmes se révéler des épisodes transitoires greffés sur une caractéropathie avec problème familial (cas 9 et 18).

3) Enfin, dans d'autres cas d'adolescents suicidaires qui se révèlent psychotiques sous une présentation clinique très hystérique, le M.M.P.I. en particulier montre un profil de personnalité dyphasique avec une double élévation des échelles psychotiques et névrotiques. Une triade névrotique avec "V" hystérique s'accompagne d'une tétrade psychotique encore plus élevée. Le bilan psychologique s'avère ici indispensable chez ce type de suicidaire fréquemment rencontré lors de l'adolescence et qui présente un tableau bâtard intriquant des signes psychotiques francs ou atypiques, et des signes de la série névrotique évidente sur le plan de la personnalité.

II - Parmi les adolescents suicidaires non psychiatriques : "pathologie en soi".

Le bilan psychologique s'avère surtout utile pour la compréhension individuelle pour chaque cas particulier des adolescents suicidaires. En ce sens, il présente un intérêt capital pour permettre de proposer des moyens de réinsérer un sujet dont l'affectivité s'est avérée immature avec une recherche de son identitié à la fois corporelle et psychique. L'adolescent n'a pu trouver son équilibre psychique et corporel, la tentative de suicide lui est alors apparue comme la [illegible]

Par contre ce bilan ne semble pas permettre de prévoir une conduite suicidaire, donc de pouvoir jouer un rôle dans une éventuelle prévention du suicide chez l'adolescent. Tous n'arrivent, en effet, pas réussir à mettre en évidence au M.M.P.I. "un profil suicidaire", c'est-à-dire un profil de personnalité typique de l'adolescent suicidaire.

VI . STATISTIQUES DES SUICIDES REUSSIS

Le bureau municipal d'Hygiène de la Ville de Reims a recencé depuis le 1er janvier 1965 jusqu'au 30 Juin 1970, pendant une période de 5 ans et demi 131 suicides décès dont 123 adultes et 8 adolescents -âgés de 21 ans au plus.

Ces 131 cas comprennent globalement 123 adultes (93,89 %) et 8 adolescents (6,1 %) seulement. Rappelons-le, les adolescents constituent plus du tiers des suicides tentatives. De même, la proportion selon les sexes s'avère ici de 70,99 % pour le sexe masculin, alors que le sexe féminin représente 29 % seulement des décès tentatives. Donc une femme seulement se suicide dans le même temps que 2 hommes, alors que les adolescents qui représentent presque 4 tentatives de suicide sur 10 ne représentent que 6,1 % , c'est-à-dire un peu plus seulement de 1 pour 20 suicides réussis avec 6 cas.

L'étude comparative des suicides tentatives et des suicides décès montre d'autres différences. Nous envisagerons successivement les suicides décès des adultes et ceux des adolescents.

I. Suicides-décès des adultes (Tableau N° 25)

1) Le sexe : pour l'adulte la proportion selon le sexe s'avère de 26,8 % pour le sexe féminin et 73,1 % pour le sexe masculin.

2) L'âge : les deux sexes se suicident surtout entre 41 et 61 ans, et principalement dans la tranche d'âge de 41 à 51 ans. Elle représente 22,2 % des suicides décès masculins, alors que l'on trouve peu de tentatives dans le sexe masculin pour cette tranche d'âge. La femme se suicide dans 24,24 % dans cette tranche d'âge. Par ailleurs, l'homme se suicide dans la même proportion (20 %) entre 22 et 30 ans et 51 et 60 ans. C'est l'adulte jeune et le présénium qui paient en second lieu le plus lourd tribut. La femme, elle réussit sonssuicide dans les mêmes proportions (12 à 15 %) dans les autres tranches d'âge.

3) les modalités de suicide :

l'ingestion médicamenteuse ou toxique ne représente que 16 % des cas. Les autres modalités représentent donc 80 % , c'est-à-dire une proportion inverse des moyens rencontrés dans les suicides tentatives.

La pendaison constitue le moyen le plus utilisé (35,8 %) surtout par le sexe masculin (46,4 % des cas), 21 % seulement de femmes l'utilisent. En seconde position viennent à égalité l'ingestion volontaire médicamenteuse et la noyade (33 % contre seulement 12 % pour les hommes). De même, pour l'ingestion médicamenteuse (27,27 % des femmes).

L'asphyxie (13,8 % globalement) est le fait des femmes (22 %) alors que les armes à feu qui représentent 12 % des décès est surtout le fait du sexe masculin qui détient par ailleurs l'exclusivité du suicide sur la voie ferrée. Les modalités varient du reste selon l'âge : la pendaison est de plus en plus utilisée au fur et à mesure que l'homme avance en âge. Avant 41 ans, <2,5 % l'utilisent, 40 % déjà entre 40 et 50 ans, alors que 65 % l'ont utilisée après 60 ans.

De même la noyade pour le sexe féminin n'est utilisée que dans 13,20 % des cas avant 40 ans et 46 % après 60 ans.

II . Suicides-décès des adolescents (Tableau N° 26)

Ils ne représentent donc que 6,1 % avec 8 cas, dont 3 garçons et 5 filles (62,5 %) tous âgés de 18 à 20 ans.

Parmi [illegible] modalités aucune noyade ou pendaison n'est retrouvée. En [illegible]re, l'intoxication médicamenteuse est la plus utilisée chez les adolescents surtout (3 filles pour un garçon seulement), puis les armes à feu, modalité surtout masculine (2 garçons pour 1 fille). Une adolescente enfin a utilisé l'asphyxie.

L'ingestion est donc bien utilisée, surtout dans le sexe féminin, d'autant plus que l'on s'adresse à des catégories d'âge de plus en plus jeunes et que l'on descend vers l'adolescence.

III. Comparaison entre les suicides-tentatives recensés et le suicide tentative

Rapporter le nombre des suicides réussis et des tentatives ne peut donner bien sûr qu'une idée plus approximative et non un pourcentage exact ; il sera en effet sous-estimé car le nombre de tentatives étudié ne représente qu'une partie des tentatives survenues dans la circonscription de Reims, mais le nombre exact ne peut en être connu, ne serait-ce qu'en raison du fait que nombre de tentatives ne sont pas hospitalisées. Mais par ailleurs, le nombre de suicides officiellement recensé était lui-même sous-évalué, nous devons donc nous contenter de chiffres approximatifs. Le nombre de suicides réussis ne doit guère s'écarter de plus de 20 % du chiffre exact, et le nombre des tentatives réel est sans doute au [illegible] au double des tentatives recensées.

On voit donc que 1 [illegible] % des adultes auraient réussi leur suicide, et 2,1 % seulement des adolescents.

Les suicides d'adolescents par rapport au nombre total des conduites suicidaires ne représenteraient que 0,[illegible] %. Par rapport aux suicides-tentatives des adolescents seulement, ils représenteraient 3,6 %. Si on étudie la proportion [illegible] des adolescents auraient réussi leur suicide contre [illegible].

Si [illegible] différence entre les suicides masculins réussis (90) [illegible] des suicides féminins réussis (30) avec le nombre [illegible] dans le sexe masculin que féminin [illegible] on s'aperçoit que le sexe masculin réussit son [illegible] alors que [illegible],2 % des femmes meurent après avoir [illegible].

[illegible] étude statistique des tentatives de suicide et [illegible] nous engagerons :

Les résultats que nous avons rapportés doivent être comparés à ceux analogues déjà publiés par les statistiques administratives et médicales.

Les statistiques peuvent être rangées en deux groupes :

- Le premier concerne surtout les suicides réussis. Il compte les deux sources officielles de statistiques françaises : celle de l'I.N.S.E.E et celle du Ministère de la Justice. Une troisième source, plus récente et exceptionnelle, est constituée par le rapport d'une commission établie par le Docteur FAVREAU à la demande de Monsieur le Ministre de la Santé Publique. Ses conclusions sont connues depuis Février 71.
- Le second groupe est représenté par les statistiques médicales concernant les tentatives de suicides établies par les services de réanimation, de psychiatrie ou de chirurgie.

Nous envisagerons d'abord les statistiques concernant les conduites suicidaires chez l'adulte, ensuite chez l'adolescent qui présente l'aspect le plus passionnant des tentatives de suicide.

I. LES STATISTIQUES CONCERNANT L'AGE ADULTE.

LA MORTALITE

- Les statistiques de l'I.N.S.E.E

Elles montrent une mortalité globale de 16 suicides pour 100 000 habitants. Si l'on rapporte le nombre de décès et de suicides, on trouve 15 suicides pour 1 000 décès en général, ce qui classe le suicide réussi aux alentours du dixième rang des causes de mortalité. Le chiffre moyen de suicides annuels officiellement avoués est de 7 000 - il varie peu - : le maximum est atteint en 1965 -9096- et récemment en 1967 7- 7716 -. Seules les années de guerre montrent des chiffres plus bas, aux alentours de 4 000 : 4213 en 1944.

- Les statistiques du Ministère de la Justice

Elles montrent que les statistiques précédentes sont sous-évaluées de 20 % environ parce qu'elles n'enregistrent que les décès suicides initialement déclarés en tant que suicides. Par contre, le Ministère de la Justice recense les décès-suicides qui avaient été initialement déclarés comme mort accidentelle ou violente et qui sont, après une enquête judiciaire, reconnus comme des suicides. Le ministère de la Justice recense aussi les suicides qui ont fait l'objet d'une enquête judiciaire. Les chiffres ne diffèrent guère des statistiques médicales locales. Il n'existe donc pas d'instrument statistique national pour les suicides-tentatives. Mais ces chiffres sont encore sous-évalués, c'est ce qu'établit le rapport de la commission FAVREAU.

- Le rapport de la commission FAVREAU

Il donne des chiffres plus récents et spectaculaires, car il démontre de façon péremptoire que le problème suicidaire a été jusqu'ici minimisé et envisagé d'une façon bien trop rassurante par les statistiques officielles et l'opinion à la fois publique et médicale. Les statistiques du Ministère de la Justice montrant des chiffres plus élevés de 20% sont sous-évaluées. Le chiffre révélé par la commission FAVREAU s'est révélé le double, grâce aux rapports jusqu'ici confidentiels des services de la Police et de la Gendarmerie: "Il y a actuellement en France 14 200 décès par suicide déclarés, ce qui représente le deuxième poste de décès par mort violente". Le rapport suppose en suite prudemment que ce chiffre est inférieur à la réalité. De sorte que l'on peut évaluer le chiffre réel de suicides annuels en France aux alentours de 20 000 environ. On meurt donc en France par suicide plus que par accident de la route -15 087 morts en 1970- d'autant qu'un certain nombre est constitué par des suicides.

LA MORBIDITE

S'il existe une proportion de [illegible] pour 100 000 en ce qui concerne la mortalité, les différents auteurs [illegible] la proportion de tentatives de suicides par rapport aux suicides réussis chez l'adulte à 10 pour 1 environ.
QUIDU M. (82) donne ce chiffre, HAIM J. (47) estimait à 50 000 le nombre des tentatives chaque année en France. Ces chiffres [illegible] qui devrait être doublé pour approcher plus fidèlement la réalité.
Dans notre statistique, si nous rapportons le nombre de suicides officiellement recensés pendant la période de 5 ans ½ au nombre de tentatives de suicide colligées - mais le nombre réel des tentatives suicidaires est sans doute double ou triple de ce chiffre - nous trouvons 15,6% d'adultes qui auraient réussi leur suicide.
La proportion des suicides par rapport aux tentatives peut donc être évaluée aux alentours de 1 pour 10 ou 20 tentatives.

L'AGE DES CONDUITES SUICIDAIRES

1) Les suicides-décès

a) Selon les statistiques officielles, classiquement deux tiers des suicidés ont plus de 45 ans. Pour GORCEIX A. (42), la moyenne d'âge est de 52 ans. La frequence augmente après 30 ans.
Parmi les 131 décès suicides recensés localement, 22,1% seulement ont moins de 30 ans, 13,7% ont de 31 à 40 ans, donc 63,6% des suicidés ont plus de 40 ans et 42,3% ont déjà dépassé la cinquantaine.
Pour VEDRINNE J. (94) la proportion est plus importante pour le sexe masculin après 21 ans, mais dans la tranche d'âge de 40 à 50 ans existe une forte prédominance féminine: 20,4% des suicides féminins et 1,31% des suicides masculins. Pour les hommes, la plus forte proportion s'observe entre 50 et 80 ans - 78,93% -; pour la femme entre 40 et 70 ans - 59,19% - . L'homme ne se suiciderait donc pratiquemment pas entre 40 et 50 ans selon cette statistique.
Nous avons, aucontraire, observé la plus importante proportion de suicides-décès entre 40 et 50 ans : 21,3% pour les deux sexes réunis, cette proportion étant de 22,2% pour le sexe masculin et 24% pour le sexe féminin. Ceci semble correspondre à une très faible représentation masculine dans les tentatives de suicide en ce qui concerne cette décade de 40 à 50 ans. L'adulte paraît donc réussir particulièrement son suicide entre 40 et 50 ans, surtout dans le sexe masculin.

b) Le rapport [illegible] révèle en [illegible] que la moitié des suicides officiellement recensés et officiellement déclarés concernent des sujets jeunes, c'est-à-dire de moins de [illegible] ans. Les vieillards viennent en second lieu.
Non seulement le nombre des suicides serait le double des chiffres officiels, mais aussi la répartition selon l'âge s'avérerait différente. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'un suicide sur deux reste dissimulé par l'entourage et que ces [illegible] surtout les suicides des sujets jeunes. Il n'est d'abord pas toujours facile d'établir avec certitude en cas de mort violente s'il s'agit d'un suicide, parfois donc on ne peut pas, mais plus souvent sans doute ne le veut-on pas. Dans le doute, on s'abstient, sans doute parceque ni la famille ni même le médecin et ni la société surtout ne veulent reconnaître qu'il s'agit d'un suicide.
Qui, en effet, désire réellement reconnaître qu'un adolescent retrouvé noyé ou asphyxié s'est suicidé? La plupart du temps, la mort est déclarée comme acidentelle, si le doute est trop grand, la justice enquête (cequi explique:

la correction des statistiques de l'I.N.S.E.E. par celles de la Justice) mais le médecin a déjà conclu dans le sens le plus concevant pour la famille et le plus rassurant pour la société.Ceci évite sans doute à l'une comme à l'autre de mettre profondément en question leur éventuel rôle dans la génèse de ce suicide.Il existe donc une unanimité pour ne pas regarder crûment la vérité en face, comme si les familles et la société préféraient ne pas envisager leur part de responsabilité éventuelle dans la mort volontaire de leurs membres. Surtout lorsqu'il s'agit de deux catégories les plus délaissées par la société les sujets très jeunes -adolescents- et très âgés -vieillards-.
Plus profondément, la société et chaque adulte qui la constitue préfère sans doute se conduire ainsi parcequ'il est intolérable à chacun de reconnaître qu'existe un instinct de mort au plus profond de nous mêmes , et non pas seulement un instinct de vie et de conservation.

2)Les tentatives de suicide

Pour BLANC M.(12) l'âge moyen est de 33 ans, pour l'homme et de 25 ans pour la femme.Pour COLIN M.(16) la proportion féminine est plus marquée avant 21 ans, et masculine après 40 ans.
Les statistiques du S.U.SII.du C.H.U. montrent 50,7% d'intoxiqués volontaires âgés de moins de trente ans , dans le sexe féminin, 37,8% dans le sexe masculin.Les femme de plus de 30 ans représentent donc 49,3% dont les trois quarts ont entre 30 et 50 ans.En particulier, l'homme tente de se suicider entre 30 et 50 ans dans une proportion de 10% supérieure à celle de la femme.Chez l'homme 62,1% des suicidants ont plus de 30 ans.
Nous avons trouvé dans notre statistique, que plus de 37% des tentatives âgées de moins de 25 ans, 60% ayant moins de 31 ans, en particulier 22,32% sont des adultes jeunes entre 22 et 30 ans et 19,9% entre 31 et 40 ans: quatre tentatives sur dix surviennent entre 22 et 40 ans. Par contre, la décade de 40 à 50 ans ne voit que 10,7% des tentatives et les sujets âgés de plus de 70 ans ne représentent que 2,17%.
BLANC M.(13) signale l'augmentation du nombre des tentatives de suicide et surtout parmi celles-ci du nombre des sujets suicidaires jeunes.

LES CONDUITES SUICIDAIRES SELON LE SEXE

1) L'homme se suicide classiquement trois fois plus que la femme.Le rapport FAVREAU trouve de même seulement 25% de femmes, donc une femme sur 4 .. suicides.
Cette importante prédominance masculine n'est pas retrouvée par tous les auteurs,COLINM.(16), trouve une proportion de deux hommes pour une femme.
VEDRINNE J.(94), signale que la proportion entre les deux sexes varie selon les années : sur 12) dossiers d'une année, il trouve 76 hommes et 49 femmes , c'est-à-dire 1,62 hommes et non pas trois hommes pour une femme.
Mais l'année précédente il avait trouvé deux hommes pour une femme.
GORCEIX (42), compilant 869 suicides pour l'année 1962 trouve deux hommes pour une femme.
Nous avons trouvé pratiquemment trois femmes-73,1%- pour un homme parmi les suicides d'adultes.

2) En ce qui concerne les tentatives, les différents auteurs, en particulier dans les Centres de Réanimation signalent une proportion de trois femmes pour un homme - COLIN M.(16), ces tentatives représenteraient 52% des admissions dans ce Service de Réanimation ,

Les Statistiques du S.U.S.I. du C.H.U. confirment la répartition globale de trois femmes pour un homme. Si la proportion dans notre statistique est globalement selon le sexe de trois femmes pour un homme, dans l'adulte elle n'est qu'un peu plus de deux femmes pour un homme [illegible] et consultation, 71,93% , parmi les hospitalisés -, car [illegible] plus l'âge [illegible], [illegible] la femme tend à [illegible].
[illegible] les [illegible] la décade [illegible] une proportion écrasante de [illegible].
Certains [illegible] la femme à la période mens[illegible] de façon évidente une fréquence accrue [illegible].

[illegible]

1) Les suicides-décès

Les modalités les plus employées semblent la pendaison, la noyade, les armes à feu, l'asphyxie, puis l'ingestion volontaire.
[illegible] les [illegible] suicides officiellement répertoriés en 1962 dans le Département de la Seine trouve l'asphyxie et la pendaison dans la moitié [illegible] ces sur 10 sur 10 seulement. Le sexe masculin utilise surtout la pendaison et les armes à feu, le sexe féminin utilise autant que l'homme l'asphyxie ou la précipitation physique.
Le faible pourcentage de mortalité par ingestion volontaire s'explique par le transport rapide des suicidants dans les Centres de Réanimation où les traitements à présent sont si bien codifiés qu'ils ont abaissé le taux de mortalité en dessous de 5% -GORCEIX A.(43), Notons que le taux de mortalité en ce qui concerne les ingestions s'est même inséré inexistant dans le Service d'Urgence [illegible] pour [illegible] d'octobre [illegible] à mai 1970.
Nous avons trouvé parmi nos suicides-décès 16% d'ingestions médicamenteuses, venant à l'égalité avec la noyade en seconde position derrière la pendaison -35,8%- qui semble éléctivement choisie par le sexe masculin.
L'asphyxie en 4 ième position est plutôt le fait de la f[illegible] les armes à feu comme la voie ferrée sont l'apanage de l'homme.

2) Les suicides tentatives

Les ingestions volontaires représentent plus de 50% pour les différents auteurs, - 56% pour BLANC(14) , parmi les autres moyens utilisés, les tentatives d'asphyxie représentent 7% pour BLANC
Dans la statistique du S.U.S.I., les asphyxies par inhalation volontaires d'oxyde de carbone, ou moyens autres que l'ingestion médicamenteuse, représentent 13,2% des cas. Parmi les autres moyens, les auteurs citent la pendaison, les moyens traumatiques par précipitation ou section des veines. Le rapport FAVREAU (30) constate que les moyens violents traumatiques tendent de plus en plus a être remplacés par des empoisonnements.
Nous avons noté pour notre part, plus de 80% d'intoxication volontaire qui semble préférée par le sexe féminin -dans la proportion de 4 cas sur 5-, La section des veines et l'asphyxie enfin la noyade et la pendaison.

En tête des ingestions volontaires viennentles hypnogènes -surtout les barbituriques - mais de plus en plus des hypnogènes non barbituriques, 51% des ingestions dans les Statistiques du S.U.S.I., 47% parmi nos non hospitalisés. Les anxiolytiques viennent en second lieu - 27% pour le S.U.S.I. -, 16% parmi nos statistiques-. Parmi ces intoxications volontaires du S.U.S.I., 63,9% n'avaient absorbé qu'une seule drogue, 46% avaient ingéré plusieurs médicaments. Les différents auteurs (10,12,16), signalent une augmentation des ingestions volontaires comme modalité suicidaire d'élection. Nous constatons comme eux cette fréquence de plus en plus grande d'ingestions volontaires, moyen plus passif et plus facile, alors que les moyens traumatiques necessitent un certain courage physique et une indéniable auto-agressivité. Il s'agit de "modalités actives". A présent la pharmacopée offre une richesse très grande, la majorité des suicidaires ingère des médicaments psychotropes, en particulier des hypnogènes et anxiolytiques très peu absorbe des drogues diverses telles que Digitaline, diurétiques, etc...ou des organophosphorés -4 cas dans la Statistique du S.U.S.I.-. Il s'agit de médicaments familiers à présent, d'autant plus frequemment prescrits que les conditions de vie urbaine constituent un facteur de plus en plus grand de surmenage et d'énervement. La prescription par le medecin traitant d'hypnogènes et d'anxiolytiques chez les sujets plus ou moins anxieuxet "sous tension", devient presque banal. Quand le sujet débordé par ses problèmes ne peut plus trouver seul la solution, il veut mettre plus ou moins en demeure autrui de l'aider a la trouver, la tentation est grande d'absorber massivement le flacon entier pour être sur de dormir un peu plus que les autres soirs et un peu plus longtemps. Ceci nous semble de plus en plus fréquent dans la conduite suicidaire du sujet jeune ou le désir est plus de dormir que de mourir.

LES MOTIVATIONS

1) Le Rapport FAVREAU constate de même que la majorité des suicidés déclarés ne sont pas de névrosés ou de psychosés, mais de sujets en situation conflictuelle sur le plan relationnel, effrayés devant leur avenir et leur responsabilités en incapables de supporter leur solitude. Les motivations retrouvées par les différents auteurs sont essentiellement d'ordre affectif. BLANCM.(13) trouve :

une déception sentimentale, un deuil ou une séparation dans 25% des cas,
un trouble relationnel, familial ou professionnel dans 15% des cas
des difficultés matérielles dans 8%
une maladie physique dans 6% des cas seulement.
Dans 7% des cas, il s'agit de la solitude, d'un échec ou d'un sentiment d'infériorité.
Enfin 21% des suicidaires donnent une explication réellement délirante.
Pour les auteur Lyonnais(16), le suicidaire invoque des motifs souvent futiles, hors de proportion avec la gravité de la conduite suicidaire. L'entretient révèle vite que ce motif ne joue qu'un rôle déclenchant dans le passage à l'acte, il existe en réalité des motivations plus profondes.
Nos suicidaires invoquent en premier lieu, un conflit conjugal -22,9% des hospitalisés-, 8,3% sont divorcés, ou en instance de divorce-, ensuite le conflit sentimental est évoqué en consultation, le conflit familial parmi les hospitalisés.

LES CONDUITES SUICIDAIRES [illegible]

Les différents auteurs s'accordent sur ce point [illegible] des suicidants [illegible] DESHAIES G.(23).
[illegible]
[illegible] des suicides [illegible] des malades internés ont déjà présenté dans leurs [illegible] de suicide.
[illegible] ne trouve [illegible] de maladies mentales [illegible] partage en [illegible] et [illegible] de dépressions névrotiques et réactionnelles -.
[illegible] pour DESHAIES G.(23).

1 [illegible]

a) [illegible] : classiquement elles fournissent un des principaux [illegible] des conduites suicidaires. DESHAIES G.(23), les trouve dans 34% de ses malades, ce qui constituerait 28% des tentatives -que celles-ci se présentent sous forme de raptus anxieux, de suicides minutieusement préparés ou de conduite très spectaculaires dans les formes anxieuses-.
En hôpital [illegible], LAMPERRIERE et DESLAURIERS(59), trouvent une proportion de 10% de [illegible]-dépressifs, un tiers des mélancoliques présenteraient des conduites suicidaires.
Dans notre [illegible] les dépressions mélancoliques présentent globalement 15,1% des tentatives chez les adultes vus en consultation et 21,4% chez les suicidaires hospitalisés.

b) Les psychoses schizophréniques
La conduite suicidaire est un peu moins fréquente: 7% pour DESHAIES G.(23), pour LAMPERRIERE [illegible] 2% des schizophrènes suicidaires hospitalisés, et 2,5% seulement en consultation. La tentative schizophrénique serait caractérisée classiquement par une certaine impulsivité des auto-mutilation avec analgésie. [illegible] cru plus fréquent dans les psychoses mélancoliques -une éventration par laparatomie, un suicide par le feu-

c) Les délires chroniques
Dans les délires systématisés, l'idée de persécution ou d'influence conduit le sujet à une réaction de fuite ou de défense. Dans notre expérience le délirant paranoïaque persécuté avec ou sans hallucination., est plus fréquent en consultation que le schizophrène vrai-5%-. Il fuit ainsi le monde ou les personnes qui le persécutent, le délirant paranoïde qui obéit à une hallucination dans un syndrome d'influence est plus rare. L'hypocondriaque pour qui le suicide est un refus devant l'échec des thérapeutiques s'avère en fait très rare.

d) Les états confuso-oniriques
On les rencontre surtout dans l'alcoolisme, il s'agit classiquement soit d'une ivresse avec raptus suicidaire, soit d'un D.T. anxieux avec onirisme terrifiant, soit d'un état [illegible]culaire d'alcoolisme chronique. Si nous avons noté le rôle [illegible] de l'éthylisme dans [illegible] des tentatives de suicide, nous trouvons laplupart du temps des tentatives [illegible] par des troubles caractériels, parfois il s'agit d'une ivresse dépresive, très rarement d'états confuso-oniriques vrais.

Les suicides au cours de dépressions et d'ivresse dépressives semblent donc plus rares que les suicides impulsifs dans le cadre d'un déséquilibre psychiquechez des alcooliques.Anoter parfois des tentatives au cours de dépressions apparamment réactionnelles à la supression de l'alcool qui ne joue plus son rôle anxiolytique.Le cas le plus rare est la tentative au cours d'un syndrome confuso-onirique vrai d'un Délirium Tremens.

e) Les démences et la Paralysie Générale.

Elles interviennent classiquement peu dans les conduites suicidaires.Nous en avons trouvé 1% seulement, dont un seul cas de P.G. authentique.

f) Les etats d'excitation

en particulier maniaques sont rares dans les séries statistiques.Nous n'en avons observé aucun cas.

g) L'épilepsie

Elle interviendrait dans 5% des cas, -QUIDUM.(82)-, surtout sous forme de rapcus dans des états crépusculaires.En fait, le comitial classiquement très exposé par son impulsiviténe se suiciderait pas plus que les autres malades.

f) Les déséquilibres psychiques et les névroses vraies.

de BLANCH.(13),nous n'avons retrouvé une caractériopathie sévère et confirmée que dans 8,87% des cas.Les névroses vraies constituent 9,5% des adultes hospitalisés.Dans la névrose obsessionnelle, le suicide est exeptionnel, nous en avons rencontré quelques cas, la conduite suicidaire survient alors au cours d'une névrose obsessionnelle et en rapport avec l'impossibilité d'une de mort.

Les dépressions névrotiques et psychogènes representent 28,19% des sujets hospitalisés.

LES RECIDIVES

Les différentes statistiques les estiment entre 10 et 20% : 10% pour DESHAIES G.(29), 17% pour BLANC M.(12).

Nous avons trouvé 12,3% de récidivistes parmi les consultants -seconde tentative simple dans plus de la moitié des cas- mais une proportion beaucoup plus élevée parmi les hospitalisés : 28,19%, que plus d'un adulte sur 4 hospitalisé a déjà présenté une tentative de suicide dans ses antécédents.Le sexe féminin semble récidiver deux fois plus que le sexe masculin.

LES FACTEURS [illegible]

Divers facteurs ont été invoqués pour expliquer la fréquence des conduites suicidaires.

1) Facteur Géographique et Climatique :

Les Statistiques retrouvent un taux de mortalité plus élevé pendant lesmois d'Avril et Juin, les taux les plus bas en Décembre.

La mortalité semble croître au printemps et diminuer en hiver. Nous avons retrouvé cette apparente périodicité. En France le suicide serait plus fréquent dans les régions du Centre, du Sud, et de l'Est. On ne peut donc invoquer le rôle du climat, car la mortalité est plus élevée dans les pays nordiques -Suède, Danemark, Finlande -, que dans les pays du Sud, -Espagne, Grèce, Italie, Midi de la France -, l'Irlande et les Pays-Bas sont peu atteints. D'autres auteurs par contre ne retrouvent pas cette variation saisonnière. Les Italiens en particulier ne la retrouve ni pour les adultes, ni pour les adolescents.

2) Rôle des facteurs atmosphériques

La relation entre le nombre de suicides et certains facteurs atmosphériques sont signalés par certains auteurs -POKORNY A.(79), et par le rapport FAVREAU M.(30).
La variation des pressions barométriques nous a semblé expliquer dans une certaine mesure la survenue des séries suicidaires en favorisant le passage à l'acte de certains sujets qui se trouvent dans des conditions psychologiques telle que la voie suicidaire leur apparaît comme la seule possible.

3) Périodicité dans la journée

La majorité des auteurs avec qui nous sommes d'accord, trouvent une fréquence accrue des suicidaires en fin de journée -COLIN L.(15), signale plûtôt la matinée comme horaire préférentiel.

II . LES STATISTIQUES CONCERNANT LES CONDUITES SUICIDAIRES DES ADOLESCENTS

Les statistiques françaises sont rapportées par G. PASCALIS (75) au Congrès de MILAN de Septembre 1979, concernés aux tentatives de suicide.

1) Les Suicides Réussis

a) Les statistiques de l'INSEE : elles montrent que les décès suicides représentent après les accidents la seconde cause de mortalité entre 15 et 19 ans, la première cause entre 20 et 24 ans. Le suicide reussi constitue environ la 10è cause de la mortalité. Mais, chez le sujet jeune, on constate que 15 à 19 ans, avec 48 suicides pour 1000 décès, la proportion est le triple du chiffre pour tous les âges réunis, et de 20 à 24 ans , c'est-à-dire en fin d'adolescence et en début d'âge adulte, on trouve 71 pour 1000 décès donc une proportion 5 fois supérieure au taux de mortalité tous âges réunis.
Si on étudie l'évolution selon le temps en comparant les chiffres avec les statistiques anciennes de 30 ans, on constate que pour 100 000 habitants, le taux varie peu, et que le nombre des décès suicides réussis pour 1000 décès a triplé en 1936 et 1966.
Le recul des autres causes de la mortalité juvénile avec les progrès de la médecine expliquent dans une certaine mesure l'apparente et inquiétante augmen-

tation des suicides [illegible]
Il faut donc conclure que la mortalité chez les jeunes par suicides réussis n'a elle, au contraire, pas reculé car elle est au minimum égale à celle trouvée voici 30 ans.

En fonction du sexe : [illegible] une fille alors que 3 hommes meurent par suicide dans [illegible] femme -proportion tous âges réunis- Donc le sexe féminin réussit deux fois plus souvent son suicide à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Notre étude locale trouve au contraire plus de filles (5) que de garçons (3). Ceci nous amène à penser que manifestement les suicides des sujets jeunes ne sont pas tous recensés.

Les modalités suicidaires : les plus employées semblent la pendaison puis l'arme à feu, ensuite viennent la submersion, le gaz, puis l'intoxication. Nous n'avons pas, pour notre part, retrouvé sur le plan local avant 22 ans la pendaison comme moyen de suicide chez l'adolescent. Elle semble le fait de l'adulte et ceci d'autant plus qu'il avance en âge. Par ailleurs, la pendaison s'avère très rare parmi les tentatives de suicide étudiées.

b) Les statistiques du Ministère de la Justice

Elles montrent que ces chiffres sont sous-évalués de 20 % environ.

c) Le rapport FAVREAU

Il trouve aussi une proportion de 2 garçons pour une fille. La [illegible] est constituée par des adolescents au sens large du terme, c'est-à-dire des sujets âgés de moins de 25 ans. Dans notre statistique, nous ne retrouvons pas cette proportion de sujets jeunes surtout de sexe masculin parmi les suicides réussis : les adolescents de moins de 21 ans constituent 6, 1 % les moins de 25 ans 11, 2 % -16 suicides dont 8 de sexe masculin et 8 de sexe féminin. Ceci prouve le peu de fiabilité que l'on peut accorder aux statistiques officielles des suicides réussis d'adolescents. Les chiffres concernant les adultes semblent plus fiables. Sans doute, est-ce dû au fait que beaucoup [illegible] l'entourage socio-[illegible]lement en tant que suicides.

[illegible] consacrées aux tentatives de suicide

[illegible] DUCHE (26) [illegible] parues [illegible] adolescents" (47).

[illegible]

La proportion entre les suicides-décès et les suicides-tentatives varie selon les auteurs entre 10 pour un et 50 pour un. Cette dernière proportion [illegible] de suicides officiellement réussis chez des adolescents au nombre total des [illegible] trouvons 2,0[illegible] réussis donc un adolescent sur 50 environ effectivement aurait réussi son suicide. J. HAIM (47) évalue de 20 000 à 40 000 le nombre des tentatives d'adolescents chaque année en France. Ce chiffre de 40 000 nous semble encore très sous-évalué.

[illegible] le sexe

La proportion entre le sexe féminin et masculin s'avère un peu différente selon la nature du service hospitalisé qui reçoit l'adolescent suicidaire. Pour J. HAIM [illegible] seules quelques études en milieu chirurgical montrent une légère majorité de garçons. Nous avons de même observé un plus grand nombre de garçons envoyés en consultation par des services de chirurgie, ceci s'explique sans doute par la plus grande fréquence des sections de veines chez un garçon [illegible].

- la majorité des tentatives observées dans les services de réanimation montrent une proportion écrasante de filles : ceci concerne surtout les tentatives par ingestion volontaire -40 filles pour 7 garçons en 1961 pour GAULTIER et GOROSIX (37), 54 filles pour 16 garçons en 1970 pour C. RIVAILLE (84). La proportion semble d'environ d'un garçon pour 4 filles. Par contre, les travaux en milieux psychiatriques (D.J. DUCHE (26) , R. FAU (29), M. POROT (80), [illegible] : 2 pour un garçon seulement. Nous avons trouvé une proportion en consultation de 4 filles pour un garçon comme dans le service de Réanimation. Parmi nos hospitalisés, elle est de 3 filles pour un garçon donc un peu supérieure à la proportion trouvée dans la plupart des autres milieux psychiatriques.

[illegible] les modalités

[illegible] moyenne, l'ingestion médicamenteuse représente 50 % des cas avec une prédilection de la majorité des filles pour ce mode d'autolyse. Les garçons recoureraient plus volontiers à la pendaison, strangulation et à la noyade. Nous avons constaté une proportion d'ingestion volontaire supérieure : elle représente 86, 53 % des modalités chez les hospitalisés (80 % en consultation). Elle est préférée par le sexe féminin. Les autres modalités sont dans [illegible] pitations physiques (défenestrations). Nous avons pu au contraire constater une rareté de la pendaison-strangulation : seuls deux psychotiques utilisent la strangulation.

[illegible]

Elle est comparable à celle des tentatives chez l'adulte avec [illegible] printanière au cours de l'année, une recrudescence suicidaire le [illegible] un jour creux-. Dans la [illegible] entre 18 et 22 H. [illegible] dans notre étude [illegible]

[illegible]

- [illegible] ons d'habitat[illegible] les différents auteurs. [illegible] avons rencontré autant d'adolescents suicidaires parmi les classes aisées ou defavorisées sur le plan socio-économique, parmi les quartiers résidentiels [illegible] la plus grande densité démographique de ces derniers donnent l'illusion qu'ils [illegible] certains facteurs.

- la transplantation joue un rôle pour C. RIVAILLE (84)moins pour d'autres auteurs (37,42). Nous avons remarqué l'influence de ce facteur dans de nombreux cas d'adolescents transplantés ou isolés en milieu urbain, en particulier lycéens en internat ou jeunes employés loin de leur famille.

- le décalage socio-économique . Etudié par J. HAIM (47) il semble intervenir de façon notable dans les conduites suicidaires. Il s'agit du décalage entre l'adolescent qui a poursuivi des études et son milieu familial. L'adolescent devient supérieur sur le plan intellectuel et social à son milieu. L'adolescent et sa famille ne se comprennent plus. Le décalage inverse,

chute de l'adolescent sur le plan social et intellectuel par rapport à sa famille dont le niveau socio-économique demeure élevé, semble plutôt une conséquence de perturbations déjà existantes, et non une cause possible de celle-ci. Il semble mieux toléré. Ce facteur joue un rôle de plus en plus fréquent en raison de la prolongation des études scolaires et l'augmentation du nombre des jeunes travailleurs intellectuels. L'adolescent semble devenir un greffon mal toléré par un organisme, d'autant plus que dans sa crise d'adolescence il se croit souvent supérieur en raison de son ascension intellectuelle. La famille de son côté n'accepte pas cette rupture, elle y voit une trahison et une marque d'ingratitude, d'autant plus que les parents de condition modeste ont consenti des sacrifices matériels importants pour que l'adolescent fasse ses études. En même temps, plus il s'élève sur le plan social et universitaire, plus l'adolescent tend à revendiquer une liberté et une mode de vie différents de ceux qu'ont pu connaître sa famille, et celle-ci tend à les lui refuser.

- le statut scolaire et professionnel: La scolarisation obligatoire prolongée intervient évidemment. Les jeunes travailleurs manuels sont plutôt rarement rencontrés -mais de même que dans la population non suicidaire- Ils nous semblent, dans une proportion importante, désirer alors acquérir une qualification professionnelle valable, ce qui n'est pas toujours jugé souhaitable par leur famille. Avant la tentative on rencontre surtout des travailleurs intellectuels c'est-à-dire des étudiants ou étudiantes, J. GERAUD (39). Parmi les professions, certaines semblent plus exposées : professions para-médicales C. RIVAILLE (84) et les employées de maison. S. CASTETS (15) a particulièrement étudié ce problème. Les différentes professions le plus souvent rencontrées varient du reste avec les régions -ainsi les auteurs marseillais rencontrent fréquemment des apprenties-coiffeuses et très peu d'employées de maison, P. MOURENS (66). Nous avons par contre parmi nos adolescentes suicidaires un fort contingent d'employées de maison réprimandées par leur patron ou menacées de renvoi. Elles passent à l'acte d'autant plus qu'elles sont éloignées de leur milieu familial.

f) les suicidaires psychiatriques

Tous les auteurs retrouvent une proportion de psychotiques constante variant entre 10 et 20 %, 80 % de jeunes suicidants se présentant donc pas de traits pathologiques, et constituent des "suicides psychologiques".
Parmi nos hospitalisés, nous avons retrouvé une proportion semblable de psychotiques : 14, 93 % de schizophrènes et 3,8 % de dépressions atypiques. Nous n'avons rencontré que 4 % environ de névrotiques hystériques, par contre les caractériels représentant 15 %. Pour les différents auteurs, les dépressions franches sont rares, de même nous l'avons trouvé dans notre statistique. La proportion de sujets psychiatriques parmi les tentatives vues en consultation s'avère encore plus faible dans notre statistique : 5 % seulement de psychotiques, toujours 4 à 5 % de névrotiques, les caractériels représentent un contingent supérieur : 25,76 %. En résumé, la majorité des conduites suicidaires surviennent donc chez des sujets non psychiatriques et chez qui les facteurs psychologiques s'avèrent prévalents.

g) les facteurs psychologiques

Ils sont donc au premier plan en dehors de la conduite suicidaire, aucune structure psychiatrique ne peut être retrouvée. Les facteurs psychologiques les plus décrits sont essentiels familiaux ; la situation familiale de l'adolescent est anormale dans la plupart des cas -soit par sa structure perturbée, soit par un mauvais climat affectif. Au moment de la conduite suicidaire. L'éthylisme parental semble fréquemment retrouvé dans le contexte familial actuel, de même l'existence d'un suicide dans les antécédents familiaux. Mais le facteur psychologique le plus important semble "l'absence du père". Par ailleurs, la situation

même de l'adolescent au moment de l'acte suicidaire et ses circonstances déclenchantes interviennent dans une certaine mesure.

- la situation familiale des adolescents s'avère rarement normale :

+ elle n'est normale que dans un tiers des tentatives cependant même la présence physique des deux parents dans le foyer familial n'implique automatique pas un climat affectif harmonieux. Les perturbations d'ordre affectif sont fréquentes, pour D.J. DUCHE (26) le milieu familial est souvent anormal : il est inexistant dans 4,5 % des cas, dissocié dans 30 % des cas, perturbé ou misérable dans 30 %.
Nous avons trouvé une structure familiale physiquement incomplète dans 39,31 % des cas. L'adolescent n'a plus [illegible] présents devant lui en raison d'une dissociation par un divorce dans 16 % des cas, en raison du décès des autres dans 10 % des cas, ou d'une maladie dans 5 %. Dans les 60 % des autres cas, nous ne trouvons que 5 % de "structure misérable" dans des milieux sociaux [illegible] en général. Les perturbations du climat familial sont notées dans plus de 25 % des cas et les séparations itératives pendant la prime enfance loin du milieu familial représentent 12, [illegible] % des cas.

+ Pour la majorité des auteurs français, la perturbation psychologique la plus importante est réalisée par "l'absence physique ou de fait du père" dans le foyer. Cette démission ou cette carence du père réalise le "syndrome de carence d'autorité" individualisé par J.M. SUTTER (90) et la "démission du père à l'intérieur en temps de paix" décrit par M. POROT (80)
Nous retrouvons de façon constante cette absence physique ou morale du père décrite chez les adolescents suicidaires. Le père ne tient pas son véritable rôle, sa carence en particulier sur le plan de l'autorité s'exprime sous des formes différentes. Cette "absence" crée un vide pour l'adolescent qu'il semble comblé sur l'aspect nocive sur le plan affectif d'une père pathogène ou simplement maladroite. Tout semble se passer comme si l'adolescent se laisse couler et manque de se noyer parce qu'il ne peut saisir la main du père qui, seul, aurait pu le maintenir à flots.

+ les antécedents suicidaires familiaux : ils sont classiquement retrouvés dans une proportion importante de cas par certains auteurs, C. RIVAILLE (84) les retrouve dans 3 cas sur 4 dans sa statistique.
Nous les retrouvons dans une proportion moindre : un cas sur 15 seulement. Plus fréquemment rencontré nous semble l'existence des [illegible] dans l'anamnèse familiale, chez la mère en particulier, un cas sur 10 environ.

+ les antécedents d'alcoolisme familial : ils sont signalés chez un des deux parents dans un quart des cas par D.J. DUCHE (26).
Nous retrouvons un [illegible] chez 21 % des adolescents suicidaires [illegible] sur 10 d'un éthylisme du père s'accompagnant souvent de [illegible] caractériels importants en milieu familial.

+ les circonstances déclenchantes de la conduite suicidaire : les motivations apparentes les plus fréquemment signalées par les différents auteurs sont un conflit familial, scolaire une déception sentimentale, ou une contrariété parfois mineure. Tous les auteurs s'accordent pour reconnaitre que la cause déclenchante n'est que la goutte d'eau qui fait déborder le vase. Nous avons retrouvé par ordre de fréquence le problème familial, parfois un problème mixte familial et sentimental, ensuite la déception sentimentale, et en dernier lieu les problèmes scolaires, professionnels et conjugaux. Dans tous ces cas, il s'agit bien d'une motivation apparente qui recouvre des problèmes plus profonds concernant l'adolescent lui-même, et ses rapports avec, par des contrariétés, des frustrations parfois minimes en apparence, celles-ci ne sont que le prétexte pour l'adolescent de protester contre une situation devenue

intenable en raison de perturbations affectives sous-jacentes. Si l'incendie semble se déclarer d'un seul coup, depuis longtemps le feu couvait sous la cendre du foyer familial.

h) les récidives suicidaires

Leur fréquence est estimée aux alentours de 25 % par les différents auteurs : J. DUCHE (26), FAU (29), GAULTIER (37), GORCEIX (42), LAUNAY (56) avec une proportion de 5 % pour les 3è ou 4è tentatives. Parmi nos hospitalisés, 18,18 % seulement ont déjà présenté une conduite suicidaire. Dans leurs antécédents, dans les 3 quarts des cas, (12,9 %) il s'agit d'une récidive simple c'est-à-dire d'une seconde tentative. Les suicides répétés sont plus rares (1 à 2 % pour les 3è, 4è tentatives et au-delà). Nous avons noté un chiffre encore plus faible de récidives en consultation, 12, 5 % seulement.

i) le bilan psychologique

Sur le plan psychométrique, pour la plupart des auteurs la répartition des Q.I. s'avère, chez les adolescents suicidaires, la même que dans une population-témoin d'adolescents non suicidaires. C. RIVAILLE (84) a cependant trouvé un pourcentage de niveaux marginaux un peu plus élevés que dans la population-témoin.

Nous avons, comme cet auteur, trouvé des Quotients Intellectuels situés soit à la limite de la débilité légère -vers 90- soit supérieurs à la moyenne fixée à 100. Dans tous les cas, l'intelligence est mal adaptée à la réalité et peu efficace.

Sur le plan de la personnalité, les caractéristiques les plus décrites des tests projectifs sont une pauvreté de l'adaptation sociale chez des sujets passifs avec des images parentales archaïques -souvent inversées pour ZIMBACCA qui a particulièrement étudié le Rorschach (95).

Nous avons noté une affectivité mal structurée de type infantile avec difficultés d'identification, les images parentales sont en effet très archaïques et dans 2 tiers des cas l'image paternelle est inexistante . Les protocoles sont régressifs ou narcissiques. Le profil de personnalité sur le M.M.P.I. traduit la coupure des adolescents paranoïaques, les échelles d'anxiété et de dépression restent basses. Pour GORCEIX A. et ZIMBACCA M. (43) il n'y a pas d'échelles de mesure du potentiel, en particulier le M.M.P.I. ne fournit pas de profil pathognomonique de l'adolescent suicidaire ; le profil serait superposable avec celui d'un sujet plus âgé en difficultés. En particulier, le profil des récidives suicidaires serait très exactement superposable au profil des adolescents toxicomanes non suicidaires. Ce point nous semble particulièrement intéressant et corroborer 2 observations cliniques où nous avons assisté à un balancement entre la toxicomanie et la conduite suicidaire des adolescents. Ce faible nombre de cas ne constituent pas un matériel statistique valable.

Un profil pathognomonique de la conduite suicidaire ne pouvant être déterminé par le M.M.P.I., un nouveau test étudié par GORCEIX A. et ZIMBACCA (43), est le test du champ relationnel Subjectif (C.R.S.) qui permettra peut-être une meilleure approche de la conduite suicidaire avec, en particulier, une étude ultérieure de la constellation familiale du suicidaire.

LES STATISTIQUES ETRANGERES s'avèrent peu différentes des statistiques françaises en ce qui concerne les adolescents; Nous citerons des auteurs américains ou italiens.

1) les statistiques italiennes (23)

Au congrès de MILAN, les auteurs italiens (23) trouvent 37 % d'adolescents parmi leurs tentatives de suicide. C'est le chiffre que nous avons nous-mêmes trouvés. Les chiffres sur le sexe ne diffèrent pas. Par contre, ils ne notent pas de différence de fréquence suicidaire selon les saisons pendant l'année. Dans la pathologie familiale, le père est en vie dans 82 % des cas, la mère dans 95 %.

rencontrée est un peu plus basse, moins de 1% %. Sont rencontrées les difficultés d'identification valables vis-à-vis d'images parentales absentes ou inadéquates. A noter qu'est signalée une hostilité du père fréquente envers l'adolescent suicidaire, et selon les auteurs, le père demeurait hostile dans 67 % des cas après la tentative, la mère changerait plus volontiers d'attitude.

2) les statistiques américaines

JACOBZINER H. (51) a colligé 239 tentatives chez des enfants et adolescents âgés de 8 à 19 ans. La mortalité par suicide dans l'Etat de New-York est de 8,8 pour 100 000 habitants pendant l'année 1958, mais sans doute supérieure car 10 % des accidents de voitures et 15 % des accidents en milieu familial peuvent être assimilés à des suicides. Le nombre des conduites suicidaires chez l'adolescent est en augmentation.

5 à 9 % des enfants sont âgés de 14 ans au moins, 14 % ont 15 ans, 22 % ont 16 ans, 18 % ont 17, et 25 % ont 18 ans. Une prédominance saisonnière est signalée (35 % des tentatives entre avril et juin). La proportion des suicides tentatives par rapport aux suicides décès est de 50 contre un. Les récidives antérieures sont retrouvées dans 6 % des cas seulement.

Les motivations apparentes les plus fréquentes sont une contrainte disciplinaire (30 %) un bouleversement émotionnel (60 cas), une dépression dans 58 cas, une jalousie dans 41 cas, des problèmes scolaires dans 14 cas, des problèmes familiaux dans 12 cas, une grossesse illégitime dans 9 cas. Le père est décédé dans 8 % des cas alors que le nombre des enfants sans père est de 1 % dans la popu-

LES ASPECTS CLINIQUES ACTUELS DES TENTATIVES DE SUICIDE.

Notre statistique étudiant les tentatives, en particulier par tranches d'âge de 10 ans, permet de dégager certains aspects cliniques actuels des conduites suicidaires en raison soit de leur fréquence, soit de leur gravité.

1 - Avant 21 ans la fréquence des tentatives de suicide semble actuellement en augmentation constante comme le souligne tous les auteurs.

Rappelons que les tentatives pendant l'adolescence représentent plus de 37 % de notre statistique, c'est-à-dire presque 4 tentatives sur 10. Le suicide réussi constitue avec les accidents de la route la principale cause de mortalité chez l'adolescent. Il convient donc d'étudier à part la tentative de suicide de l'adolescent en raison de sa fréquence d'une part, et d'autre part en raison des problèmes passionnants qu'elle pose. Il s'agit de déterminer dans la mesure du possible si cette fréquence ne dépend pas de facteurs sociaux et psychologiques, en particulier sur le plan familial. Mais surtout le nombre important d'adolescents suicidaires pose un problème grave au psychiatre et à l'adulte qui ne doivent pas le traiter à la légère, mais au contraire rechercher ce que recouvre l'apparent caractère de "chantage" que présente souvent la tentative de suicide au cours de l'adolescence. Ne recouvre-t-elle pas autre chose, ne s'agit-il pas d'une demande de l'adolescent adressée à l'adulte pour que celui-ci change une situation devenue intolérable pour lui ? C'est ici que se pose avec le plus d'acuité le problème angoisse d'une possible récidive suicidaire si aucune aide n'est apportée au suicidaire.

2 - En second lieu les tentatives les plus fréquentes concernent des adultes jeunes avant la trentaine -deux suicidaires sur dix ont moins de 30 ans dans notre statistique- puis avant la quarantaine. L'aspect clinique suicidaire le plus fréquent est celui de l'adulte jeune déprimé sur une structure névrotique.

3 - Après la quarantaine : les tentatives de suicide sont moins nombreuses, mais cet âge est marqué par la gravité des conduites suicidaires en raison de la fréquence des dépressions mélancoliques. Les moyens classiquement utilisés laissent peu de chance de survie au suicidaire, quelle que soit l'aide médicale qui lui est apportée.

Nous ne faisons que citer un dernier aspect clinique selon l'âge : la conduite suicidaire du sujet âgé, d'allure mélancolique. Elle survient le plus souvent dans une grande solitude. Elle ne représente que 2 % des tentatives.

Nous suivrons un plan "historique" en décrivant en premier lieu la tentative de l'adulte après la quarantaine, ces aspects sont bien connus. Nous étudierons ensuite les aspects moins connus des tentatives pendant l'âge

adulte jeune et surtout pendant l'adolescence. Nous insisterons sur cette dernière qui se trouve par sa fréquence et les problèmes qu'elle pose au premier plan de la pathologie suicidaire actuelle. Pour le Psychiatre et l'équipe médicale, est-il possible d'avoir une réelle prise sur les problèmes posés par la tentative de suicide d'un sujet jeune, en particulier peut-on empêcher la survenue d'une récidive et même instituer une prophylaxie réelle et efficace de cette conduite suicidaire ?

A- ASPECTS CLINIQUES DES TENTATIVES DE SUICIDE PENDANT L'AGE ADULTE APRES LA QUARANTAINE.

Les conduites suicidaires après la quarantaine sont caractérisées par la fréquence des dépressions mélancoliques. Cette tentative peut se présenter dans deux tableaux cliniques :

1- Au cours d'une dépression mélancolique vraie.

Elle peut s'intégrer dans une psychose périodique maniaco-dépressive, c'est-à-dire une psychose endogène avec alternance d'épisodes dépressifs mélancoliques et maniaques. Mais la dépression mélancolique simple sans alternance avec des épisodes maniaques est plus fréquente. Dans notre expérience, les véritables psychotiques périodiques paraissent passer moins facilement à l'acte suicidaire que les déprimés mélancoliques simples. Chaque mélancolique désire profondément se punir et mourir. Le mélancolique simple ne connaît que la possibilité de se décompenser dans des épisodes dépressifs. Le périodique au contraire peut se décompenser dans des épisodes maniaques euphoriques et expansifs, ceux-ci semblent constituer un efficace moyen de défense contre l'autoagressivité et le désir de mort mélancolique dont l'aboutissement logique est la conduite suicidaire.

La mélancolie simple survient à l'heure des bilans, lorsque la vie de l'adulte est faite, les enfants viennent de se marier ou atteignent [illegible] l'apparition d'un évènement frustrant tel qu'un deuil ou le départ d'un enfant devenu adulte.

2- Au cours d'une dépression d'allure mélancolique, mais réactionnelle à une situation conflictuelle ou traumatisante.

Elle apparaît en rapport avec cette situation, on comprend la relation de cause à effet. Mais cette dépression mélancolique réactionnelle survient dans 9 cas sur 10 sur des bases névrotiques très anciennes, le suicidaire présente une névrose grave sous-jacente très structurée, et dans ses antécédents on découvre dans plus de 2/3 des cas des perturbations de l'affectivité pendant l'enfance et l'adolescence.

- Parfois des éléments traumatisants comme un divorce ont perturbés la structure parentale. On est frappé par la fréquence statistiquement significative des traumatismes affectifs survenus pendant la période de latence -plus de 50 % des traumatisés affectifs retrouvés dans les an-

técédents des suicidaires.

- Parfois de mauvais rapports affectifs dans le milieu familial ont induit une névrose infantile, puis un choix névrotique du conjoint. Dans le mariage, le suicidaire choisit un amour conforme de l'amour qu'il a vécu enfant.

Nous décrivons sur le plan clinique la dépression mélancolique vraie, surtout fréquente après la quarantaine. La dépression d'allure mélancolique sur base névrotique s'observe plus fréquemment entre 35 et 40 ans, nous la décrirons donc parmi les conduites suicidaires de l'adulte plus jeune.

LA DEPRESSION MELANCOLIQUE AVEC CONDUITE SUICIDAIRE APRES LA QUARANTAINE

Elle peut revêtir soit un aspect évident dans sa symptomatologie, soit des aspects trompeurs et de diagnostic plus difficile.

1) Dans son aspect classique :

Elle s'observe surtout à partir de la quarantaine, elle se caractérise par une dépression de l'humeur avec une douleur morale profonde.
Une insomnie -signe capital- concerne typiquement la seconde moitié de la nuit -le sujet se réveille à partir de 3 heures du matin-
Si le sujet se rendort, il se réveille et se lève épuisé, l'asthénie matinale est importante, une impression de tête vide s'accompagne fréquemment de céphalées diffuses. Une inhibition psycho-motrice touche tous les secteurs de l'activité : familial, professionnel et de loisirs.

La femme ne supporte plus ses enfants ni son mari, elle ne peut plus s'occuper des travaux domestiques. Si elle travaille, elle ne peut plus se lever tôt le matin, elle arrive en retard à son travail et ne l'effectue plus convenablement. Les loisirs habituels perdent tout intérêt, le mélancolique ne sort plus, il ne regarde même plus la télévision. L'inhibition est manifeste devant l'aspect du sujet, immobile, il ne parle guère ou il se tait ; il faut lui arracher les réponses et ce semi-mutisme caractérise le mélancolique de même que l'exposition complaisante et logorrhéique de ses troubles caractérise le névrotique.

Le mélancolique ne parle pas le premier, il subit ce qu'on lui dit, et l'entretien doit être minutieux car il a tendance à minimiser et même à cacher ses troubles, il tente de rassurer son interlocuteur, et spontanément il ne réclamera aucune aide ni traitement puisqu'on ne peut rien pour lui, il ne peut guérir, il n'est plus capable de rien, sinon de souffrir et de s'accuser.

Cette auto-accusation et cette auto-agressivité caractérisent la conduite suicidaire du mélancolique.

Son désir de mort profond se traduit par la gravité de la tentative de suicide. Le mélancolique désire réellement mourir, il y pense toujours et peut n'en parler jamais. Les moyens employés sont en général graves. Même en cas d'absorption médicamenteuse, la tentative est toujours réalisée dans le but de mourir et non pas de dormir. L'ingestion est massive et il

utilise volontiers les médicaments les plus toxiques de la pharmacopée (en particulier des anti-dépresseurs déjà prescrits). Mais le mélancolique utilise plus fréquemment que les autres suicidaires d'autres moyens, surtout traumatiques, avec en premier lieu la [illegible] chez l'homme et la noyade ou l'asphyxie chez la femme. Les conduites suicidaires par arme blanche ne consistent pas en des [illegible] superficielles des veines du poignet, le mélancolique se blesse plus profondément et gravement avec des instruments variés, il s'acharne sur ses blessures avec [illegible] froide et forcenée : Rémi obs n° 10 se blesse sur tout le corps à l'aide d'un poinçon de cordonnier Marguerite obs n°1 sectionne soigneusement avec de vieux ciseaux rouillés les veines de son poignet. Seul un mélancolique peut tenter de s'éventrer en suivant soigneusement une cicatrice de laparotomie avec son rasoir. La seule tentative d'immolation par le feu que nous recontrée concerne une mélancolique âgée, il est vrai, de près de 70 ans.

La conduite suicidaire peut, par ailleurs, s'observer dans des formes de mélancolie plus difficiles à reconnaître.

2) Dans son aspect trompeur :

C'est dans cette tranche d'âge à partir de la cinquantaine, plus rarement après la trentaine, que les aspects mélancoliques sont le plus souvent méconnus, d'autant plus que la sémiologie est pauvre et souvent réduite à une insomnie de la seconde moitié de la nuit, ainsi qu'à une asthénie physique et psychique avec perte du goût de vivre. D'autre part, les dépression mélancoliques semblent à présent volontiers prendre un masque somatique, surtout dans la sphère digestive.

- la confusion est encore plus fréquente et le diagnostic est encore plus difficile quand la sémiologie-insomnie prédominant la seconde moitié de la nuit et perte du goût de l'existence est camouflée par une chimiothérapie psychiatrique purement symptomatique.

Nous entendrons par là un traitement qui comprend volontiers un hypnogène le soir et un tranquillisant pendant la journée, le tout associé à des médications digestives symptomatiques, cholorétiques, protecteurs hépatiques, pansement gastriques, etc.. Parfois la médication associe dans le même comprimé un tranquillisant et un anti-spasmodique digestif.

- De même la mélancolie peut présenter le masque d'une asthénie combien fréquente de nos jours dans notre vie épuisante où chacun court et se surmène. Cette asthenie entraine par réflexe la recherche d'une cause médicale organique et le medecin pense surtout éliminer une néoplasie et plus rarement à envoyer le malade en consultation de psychiatrie. L'asthénie n'est que trop facilement traitée par toutes ces médications qui l'effacent sans la masquer, vitamines ou défatiguants quelconques ou seul un acide aminé quelconque qui efface, sur la pubiicité, l'asthénie sans la masquer.

-Les somatisations diverses prennent le masque soit d'une céphalée, il faut se rappeler que 80 % des céphalées sont psychogènes, soit fréquemment celui d'une pathologie digestive. Toute symptomatologie digestive qui n'a pas fait sa preuve apres bilan organique et radiologique vésiculaire peut certes être causée par une parésse vésiculaire, et dans ce cas le nébulisat

d'aubier de Tilleul s'avère très efficace, mais il l'est beaucoup moins s'il s'agit d'un syndrôme mélancolique d'expression hypocondri[illegible]

Ainsi Rémi obs n° 30, en arrêt de travail depuis 6 mois, est hospitalisé après s'être lardé les avant-bras et la région précordiale de coups de poinçons exprimant dans un tableau mélancolique franc une rare autoagressivité. Il a d'abord été traité de façon symptomatique pour une insomnie avec asthénie et a subi un bilan biologique et radiologique complet ne montrant pas de cause organique pour des troubles digestifs de la sphère vésiculaire. Il est donc traité pour parésie vésiculaire. Or, la mélancolie après la tentative ne fait plus de doute.

Dans ces formes camouflées de mélancolie, la chimiothérapie symptomatique ne constitue qu'un cache-misère temporaire, inefficace d'abord et dangereux ensuite car elle a surtout pour résultat de mettre entre les mains du malade une arme dont il peut user contre lui-même pour réaliser sa tentative de suicide. En effet, une importante proportion des ingestions volontaires médicamenteuses consiste en l'association d'un hypnogène et d'un tranquillisant.

La dépression mélancolique chez le suicidaire adulte, qu'elle se présente sous son aspect clinique ou sous un masque trompeur, exprime un désir profond de mort. Le mélancolique, dans ce but, développe une auto-agressivité d'une telle intensité et une haine de son moi qui ne peuvent s'expliquer que par de graves perturbations survenues pendant sa prime-enfance. L'explication analytique de la psychogénèse mélancolique s'avère utile car elle fournit une hypothèse de travail satisfaisante pour expliquer ce désir inconscient de mort. Nous exposons cette thèse analytique puis l'observation d'une suicidaire mélancolique suivie en psychothérapie qui nous semble confirmer la thèse analytique.

LA PSYCHOGENESE ANALYTIQUE DE LA MELANCOLIE

La dépression mélancolique est constituée comme une régression de l'instinct de vie et une exaltation de l'instinct de mort et de destruction. L'explication psychanalytique y voit à la base une perte de l'objet d'amour (ou libidinal) qui disparaît par une introjection dans le sujet, mais cet objet est intériorisé sous forme d'un mauvais objet et il est identifié au moi du mélancolique. A cause de cette identification narcissique à l'objet mauvais, le mélancolique développera son agressivité [illegible] vengeance contre son propre moi.

L'auto-agressivité s'adresse donc au "moi modifié par l'ombre de l'objet" selon l'expression de S. Freud (33)
Pour Freud, le mélancolique perd son objet et la libido libérée permet d'identifier le moi à l'objet abandonné. Il y a régression des investissements d'objets à des positions primitives narcissiques et orales de la libido.

Encore Abraham (1) précise que cette introjection se fait sur un mode sadique oral : le processus mélancolique peut être assimilé à l'expulsion et la réincorporation de l'objet. L'auto-accusation concerne l'objet introjecté auquel s'attache une grande valeur narcissique parce qu'il a frustré le mélancolique. Pour cet auteur, il y a donc fixation et régression à un stade archaïque (sadique) avec une agressivité intense qui se retourne contre le moi du sujet.

1 - Il s'agit donc d'une perte de l'objet aimé. Le mélancolique porte le deuil de cet objet, c'est-à-dire de l'image parentale. Le développement de sa libido et de ses pulsions est perturbé par une mauvaise relation avec l'image de sa mère. Celle-ci est vécue comme ambivalente et sadique (sadique en ce sens qu'elle manifeste des pulsions agressives envers lui). Cette mère est l'objet d'un amour anachronique, "archaïque", resté à la phase pré-génitale : c'est-à-dire un amour exigeant et révolté contre l'objet dès que celui-ci devient mauvais, frustrant ou se retire. Le développement libidinal se fixe alors et régresse chez les mélancoliques en période de crise, à un stade archaïque et pré-génital. La relation avec l'objet reste ambivalente et narcissique chez le mélancolique.

2 - Le mélancolique reste donc fixé à la phase orale, en raison de cette grave blessure de son narcissisme infantile : il s'agit de sa première grande déception amoureuse en rapport avec une mauvaise relation avec sa mère. L'enfant est réellement rejeté par sa mère ou s'est cru rejeté par elle. L'important est qu'il vit cette déception amoureuse comme un abandon total. Cette frustration survient avant la phase oedipienne. Alors que normalement la haine du père, vécu comme un rival auprès de la mère, doit s'averer supérieure à la haine éventuelle de la mère, ici le contraire se passe et la frustration causée par la mère entraîne une haine envers elle supérieure à celle du père en tant que rival. L'enfant normalement intériorise ses parents sous forme d'objets d'amour, ici il intériorise une mère qu'il vit comme mauvaise, il la hait parce qu'elle l'a déçu.

Si l'enfant n'a subi aucune blessure narcissique sévère dans sa phase génitale, il ne deviendra jamais mélancolique. Les perturbations affectives survenant à partir de cette phase ne peuvent donner que des troubles névrotiques.

3 - L'objet est incorporé à la phase orale sadique (ou cannibalique) quand l'enfant mord le sein et ainsi détruit la nourriture avalée). L'objet est alors dit introjecté, c'est-à-dire intériorisé et devenu une partie même du sujet. Lorsque le mélancolique manifestera son agressivité envers l'objet comme s'il voulait le détruire, il ne pourra le faire qu'en se détruisant lui-même puisque l'objet est devenu partie intégrante de son moi : d'où ses conduites auto-punitives et suicidaires.

4 - Le sujet, pour devenir mélancolique, doit avoir subi une blessure narcissique sévère avant la phase oedipienne. Pour que se produise l'entrée dans la mélancolie sur le plan clinique quand il sera devenu adulte, il faudra qu'une déception amoureuse ou une blessure narcissique réactive sa déception infantile primitive. Le mélancolique qui présente un besoin démesuré d'estime et d'affection est en effet d'une extrême sensibilité à toute frustration et toute perte d'amour ou d'estime, de même à tout ce qui peut stimuler sa culpabilité.

Il peut s'agir d'un traumatisme psychologique réel, tel un deuil, mais aussi d'un évenement minime, en particulier familial (par exemple une simple contrariété familiale), parfois l'évènement est si minime que seule l'analyse pourra en révéler l'existence.

Le schéma fondamental consiste donc dans l'introjection d'un objet libidinal devenu mauvais et identifié au moi contre lequel le mélancolique développe son agressivité dans une relation sadique ambivalente. Mais comment cet objet devient-il mauvais ? Une dernière notion le précise :

5 - La notion de bon ou de mauvais objet

L'enfant scinde tout objet en deux aspects, selon qu'il est gratifiant ou frustrant, il le vit soi, comme un bon soit comme un mauvais objet. La mère représente son premier objet d'amour, objet d'amour et de haine dans une relation [illegible].

L'enfant incorpore dans son moi la mauvaise partie de l'objet qu'il déteste et désire tuer. Le moi est alors identifié par la libido du mélancolique au mauvais objet incorporé et l'autoagressivité s'explique par la grande valeur narcissique attachée à l'objet introjecté : il est mauvais parce qu'il a frustré le mélancolique dans sa première expérience affective.

L'enfant, dans le premier stade oral de son développement, perçoit l'objet maternel de son amour sous forme d'un mauvais sein (d'une mauvaise mère). Il traverse avant la fin de sa première année une "période dépressive" où il intériorise sa mère après l'avoir considérée en face de lui dans une relation ambivalente. [illegible] comme un mauvais objet. S'il intériorise une mauvaise image et n'arrive pas à établir son "bon objet interne", il ne se sentira pas à l'aise mais au contraire anxieux et coupable dans son monde intérieur. Ceci constitue le point de départ de la future psychose mélancolique. Dans le deuil pathologique, le mélancolique échoue dans son "travail de deuil", de même qu'il n'a pu traverser harmonieusement sa phase infantile dépressive. Le sujet normal au contraire surmonte la perte de l'objet aimé dans un deuil de la même façon qu'il a supporté sa phase dépressive infantile.

[illegible]

Renée obs n° 12 est âgée de 49 ans. Après avoir longtemps affiché un masque de troubles névrotiques et caractériels, sous une structure hystérique, elle se présente comme une mélancolique par la profondeur de sa douleur morale et surtout par ses thèmes d'incapacité et d'indignité, elle s'accuse elle-même en permanence, elle a présenté deux conduites suicidaires parce qu'elle se juge coupable, un désir permanent de mort l'habite. La malade n'a jamais été heureuse, quelque chose en elle lui interdit en permanence de vivre réellement une vie de femme heureuse et épanouie. Elle n'épouse pas celui qu'elle aime, puis elle fait une mariage de dépit avec un homme falot qu'elle méprise. Seuls son travail et ses enfants lui permettent de supporter sa vie. Après la quarantaine, elle perd son activité professionnelle et ses enfants la quittent pour se marier, les premiers troubles apparaissent alors et le decès de sa mère précipite la décompensation dépressive.

Elle semble se donner bonne conscience en s'occupant beaucoup de sa mère âgée et malade, et en se répétant combien elle aime cette mère si gentille. Quand celle-ci meurt, ce n'est pas la personne physique d'une bonne mère qu'elle perd, elle ne supporte surtout pas le face à face avec l'image d'une mauvaise mère qui l'a empêchée de vivre et ne l'a jamais aimée. Sur le plan conscient, elle désire que vive physiquement

"la bonne mère", d'autant plus que dans son inconscient elle déteste la "mauvaise mère". Quand la bonne mère qui l'a élevée et nourrie meurt, elle se retrouve seule devant l'image de sa mauvaise mère qui ne l'a pas aimée, et lui a donné le sein d'une façon froide et rejetante pendant son enfance -c'est quand même la mauvaise mère qui donne le bon sein même si elle le donne mal. Elle ne supporte pas son deuil qui devient pathologique, elle ne tolère plus son entourage et la vie qui l'entoure, elle veut rejoindre sa mère sous la terre, elle ne voit plus qu'une chose : elle est mauvaise et coupable, elle doit mourir.

La malade s'est décompensée après le décès de sa mère, sa réaction n'est pas celle d'un deuil normal après la perte réelle d'un objet d'amour par sa disparition physique, elle semble ne pas pouvoir supporter le face à face avec une image intérieure à elle-même, existant bien avant le décès réel de sa mère.

L'abord psychothérapique montre peu à peu qu'elle veut détruire une image mauvaise intériorisée par cette mère si aimée sur le plan conscient, et devenue indissociable de son propre moi. Au début, elle brosse le tableau idyllique d'une mère idéale qu'elle adore, qui l'a si bien élevée et à qui elle doit tout... Elle, au contraire, est indigne de vivre et n'est que coupable : elle n'a commis que des fautes. Depuis la mort de sa mère elle ne veut plus vivre, dit-elle, parce qu'elle l'aimait trop, mais il apparaît que l'échec de sa vie de femme vient des interdictions de son enfance sous l'influence de sa mère ; plus que la personne physique de celle-ci, ce sont les interdits, surtout l'image que sa mère lui donne dans sa prime-enfance qui explique sa conduite d'échec -l'échec de son premier amour et le choix névrotique de son conjoint-

Peu à peu elle admet le rôle pathogène de sa mère qui l'a toujours laissée seule sans affection réelle, mais c'est elle, sa fille, qui doit mourir parce qu'elle est coupable. Son père est mort l'année de ses 5 ans, mais bien avant cette période oedipienne, fillette, elle se trouve seule devant une mère rigide et rejetante. La psychothérapie permet de faire revivre des terreurs nocturnes, une phobie de l'obscurité,et une anxiété permanente devant une mère très ineffective. On retrouve une frustration très ancienne et profonde qui correspond en fait à un besoin désespéré d'amour non satisfait au cours des trois premières années de sa vie. Il semble que sa mère l'ait réellement rejetée pendant son éducation alimentaire puis sphinctérienne, elle évoque en particulier une scène où elle est laissée seule, enfermée dans sa chambre d'une façon coercitive par la mère très rejetante après une "faute" commise sur le plan alimentaire.

Renée semble avoir identifié son propre moi à quelque chose de mauvais en elle qui lui interdit de vivre. L'abord psychothérapique montre une identification totale à ce objet, elle n'est pas partielle selon un mécanisme névrotique, ce qui laisserait une possibilité de réinvestir sa libido ailleurs et de trouver quelques activités de compensation. Au contraire, elle s'avère incapable de trouver la moindre occupation, altruiste en particulier, qui lui permettrait de supporter ses problèmes. Elle s'interdit toute sortie, tout loisir, et toute activité. Elle développe en permanence son auto-agressivité. Tout en elle semble mobilisé dans une agressivité et une lutte permanente contre cette mauvaise partie de son moi, elle ne

peut absolument plus mobiliser sa libido vers un autre but que sa propre fin.

En termes psychanalytiques, Renée ne peut pas réussir son "travail de deuil" car elle intériorise sa mère sous forme d'un objet mauvais qui lui interdit de vivre et d'être aimée. Le sadisme de sa relation ambivalente est alors dirigé contre cet objet d'amour malheureux incorporé en elle.

Cette observation clinique d'une suicidaire mélancolique semble confirmer la théorie psychanalytique.

Une seconde observation clinique nous permet de mieux comprendre la survenue d'une dépression mélancolique avec conduite suicidaire après des difficultés socio-familiales chez un homme adulte ayant dépassé la quarantaine.

UNE CONDUITE SUICIDAIRE MÉLANCOLIQUE DU CLIMATÈRE

A 44 ans, au climatère, Roger (Obs n° 11) se trouve dans une situation insupportable sur le plan professionnel. Ses supérieurs sont de plus en plus tendus avec un supérieur froid et frustrant qui ne parle que pour le critiquer - sur le plan conjugal, lorsqu'il veut confier ses difficultés à son épouse, elle ne le comprend pas, elle ne semble pas du tout l'admirer.

La froideur de la conjointe s'explique par une enfance peu heureuse, avec un père tyrannique ; elle est janséniste et vit les rapports sexuels comme une faute.

Roger ingère des comprimés peu après une réprimande de son Directeur; hospitalisé, il présente une symptomatologie mélancolique et ne rêve pas. Lors d'une consultation ultérieure, où il vient sans son épouse, il se confie et parle de ses rêves réapparus où s'expriment des thèmes professionnels et sexuels surtout.

Il n'a pas pu, à cause de ses parents autoritaires, et de la consanguinité, épouser une cousine qui fut son amour d'enfance. Celle-ci se marie et meurt, empoisonnée peut-être, en Afrique. Il continue de vivre et rencontre sa femme, il veut être gentil avec elle pour lui faire oublier son enfance difficile ; pendant 20 ans il reste Outre-mer, cadre supérieur. Depuis 7 ans, il a dû effectuer sa reconversion en Métropole, mais depuis un an il est pris au piège devant ses difficultés professionnelles et l'incompréhension de son épouse.

Sur le plan clinique, il tente de se suicider et présente une sémiologie mélancolique. Hospitalisé, le traitement entraîne la reprise d'une activité onirique puis permet une relation psychothérapique où le sujet se confie en l'absence de son épouse. La psychothérapie pourra-t-elle éviter une rechute dépressive et l'entrée dans la cyclothymie ? Toujours est-il qu'elle permet mieux de comprendre l'aspect relationnel de la vie du malade : toute vie normale est composée de plusieurs domaines : familial, professionnel et de loisirs. Lorsqu'un sujet rencontre des difficultés dans l'un de ces domaines, il trouve des compensations dans un des autres. Dans le cas présent, le malade n'a guère d'activités de loisirs

à cause de son austère épouse, et surtout il ne rencontre qu'incompréhension aussi bien du côté de son supérieur hiérarchique que de son épouse.

Or la notion de l'estime de soi à travers l'estime de l'autre semble nécessaire à tout être humain dans la vie. Ceci lui est refusé des deux côtés -quand il rêve de l'autre femme, [illegible] qu'elle l'admire, dit-il - Dévalorisé, Roger [illegible] intervient alors, pourquoi aimait-il sa cousine [illegible] pas coupable ou tout au moins responsab[illegible] partir loin de lui [illegible] administrés, [illegible] l'a payé de sa vie. Le malade part lui-même Outre-Mer, il enfuit en lui une culpabilité résiduelle. Par ailleurs, plus il s'efforce d'être gentil et accommodant, plus il reçoit des coups en retour. Il reste alors 20 ans sans parler de ses histoires de jeunesse, surtout pas à sa femme. Il peut garder ses secrets ensevelis tant qu'il reste au maximum de sa forme biologique. Le rôle du terrain biologique au climatère intervient alors sans nul doute. Le traitement de la dépression permet d'utiliser dans le cadre de la psychothérapie le matériel onirique et revenir aux sources de sa jeunesse où [illegible] avec son père et sa mère ont sans doute induit chez lui une névrose. Cette névrose se traduit par exemple dans le choix des deux femmes de son existence toutes deux marquées par le sceau de l'interdit : interdiction d'épouser une cousine, impossibilité de communiquer avec la [illegible].

Les aspects des tentatives de suicide au cours de l'âge adulte après la quarantaine et en particulier au cours [illegible] sont bien connus. Nous insisterons davantage [illegible] tentatives de suicide au cours de l'âge adulte jeune.

B - ASPECTS CLINIQUES DES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ L'ADULTE JEUNE

Entre l'adolescence et la quarantaine, c'est-à-dire pendant l'âge adulte jeune la majorité des conduites suicidaires s'observent au cours d'une dépression névrotique. Elles se présentent sous un jour différent selon que le sujet est plus ou moins engagé dans sa vie d'adulte, c'est-à-dire selon qu'il a dépassé la trentaine ou selon que, avant la trentaine, il reste encore proche de l'adolescence.

On observe plus rarement des tentatives au cours de dépressions réactionnelles. Enfin, après la trentaine, la tentative peut survenir au cours de dépressions peu fréquentes -mélancoliques ou d'allure mélancolique.

Nous décrivons d'abord la conduite suicidaire au cours d'une "dépression névrotique" le plus fréquemment rencontrée entre 22 et 40 ans.

1. La DEPRESSION NEVROTIQUE

Ce terme est classiquement réservé à une dépression survenant chez un névrotique patent, surtout hystérique.

Dans notre expérience, nous rencontrons très rarement une conduite suicidaire chez un névrotique connu et traité pour une affection que l'on peut classer dans la nosographie, par exemple l'hystérie. Le plus souvent, il s'agit de conduites suicidaires chez des sujets qui présentent une structure névrotique [illegible] pression névrotique" mais celui de dépression sur base névrotique serait plus exact.

Comment se présente cette dépression névrotique ?

Elle consiste en une perturbation de la vie relationnelle déjà très structurée d'un adulte, mais encore remarquable dans ses investissements. Elle survient chez l'adulte jeune entre 22 et 40 ans présentant un organisme sain, en bonne condition sur le plan biologique.

Le sujet jeune névrotique offre une présentation plutôt logorrhéique avec une recherche histrionique et une demande d'aide très verbalisée, trop même, contrairement au mélancolique qui lui ne parle guère et n'exprime aucun désir spontané d'être aidé à vivre. La tentative de suicide elle-même se caractérise [illegible] les 3/4 des cas de femmes- veut dormir et ne plus penser à rien. Dans la moitié des cas, un désir de mort est certes exprimé, le névrotique veut "en finir avec la vie", mais ceci est trop répété et s'il s'avère que la tentative a pu mettre effectivement la vie en jeu, c'est en général parce que le suicidaire n'a pas trouvé d'autres moyens de protester et de mettre en demeure le conjoint ou l'entourage de changer une situation devenue intenable. Ce type de tentatives ne doit [illegible] tre sa vie en jeu et de toutes façons elle révèle une situation conflictuelle que le suicidaire ne peut résoudre seul. Dans 9 cas sur 10, l'ingestion médicamenteuse volontaire est utilisée.

Sur le plan clinique, avant la conduite suicidaire, la dépression se traduit dans la journée par une perte du goût pour les occupations habituelles, mais surtout un tableau de troubles caractériels avec une grande irritabilité. [illegible]

colique -le sommeil entrecoupé de réveils et de cauchemars. Il s'ac-

[illegible] de boulimie compensatrice ou d'équivalents tel que une lecture ou un tabagisme nocturne.

Parfois le sujet ne peut se décider à aller se coucher. Les somatisations diverses sont au premier plan de la symptomatologie : palpitations, [illegible] tique présente fréquemment des "impatiences dans les jambes", et il convient de rechercher avec soin les discrets signes d'imprégnation éthylique réactionnelle telles que crampes musculaires, algies des mollets, etc, car si l'éthylisme n'est pas constant, il représente cependant une [illegible] fréquemment utilisée par les névrotiques avant la conduite suicidaire.

Le type même de la tentative de l'adulte jeune sur bases névrotiques est représenté par l'observation N° 22 de Josette. Hospitalisée dans un coma barbiturique profond avec état de choc, sa vie est mise en jeu. Elle a ingéré les comprimés peu avant le retour du mari au foyer, malheureusement celui-ci la croit endormie et le coma n'est découvert que le lendemain. A l'entrée, l'aspect dépressif semble mélancolique, mais il s'avère vite névrotique. La tentative est réactionnelle à un conflit familial et surtout conjugal. Josette désire fuir dans le sommeil plus que mourir et surtout elle veut faire comprendre au mari que la situation devient intolérable et doit changer. La situation conflictuelle concerne ici surtout les rapports avec une famille et une belle-famille envahissante, une cohabitation de fait existe, le mari rentre tard du travail et reste très dépendant de sa mère. Personnalité immature, la malade n'a pas trouvé d'autres moyens que la [illegible] pour protester et obliger son mari en urgence à changer quelque chose dans leur vie. Cette tentative représente le type même de la "mise en demeure" décrite par G. PASCALIS (75).

Cette observation nous permet d'esquisser un portrait-robot de la jeune déprimée névrotique avec conduite suicidaire.

De type plutôt longiligne avec biotype leptosome elle est âgée environ de 30 ans, elle a de un à trois enfants, et présente un caractère immature avec des petits traits névrotiques, en général hystériques parfois une petite note obsessionnelle -méticulosité dans l'intérieur familial, elle présente depuis quelque temps un état dépressif névrotique, mais avant [illegible] suicidaire, on ne peut pas la ranger dans un cadre psychiatrique [illegible]

Dans plus de 40 % des cas elle présente un terrain de spasmophilie avec un signe de Chvostek positif, confirmé ou non par une hypocalcémie ou une hypomagnésiémie. La tentative de suicide est effectuée par une ingestion médicamenteuse volontaire dans le but de [illegible]

Son enfance est marquée dans deux tiers des cas par l'existence de problèmes affectifs. Dans plus de 25 % des cas, la structure parentale est dissociée, mais le plus souvent le milieu familial est simplement peu chaleureux. Elle a fui dans le mariage pour trouver dans son propre foyer l'affection ou l'autorité qui faisait défaut dans celui de ses parents. Un peu moins souvent, elle se marie par dépit après l'échec d'un premier amour malheureux avec le premier garçon qui la demande en mariage, en général elle le paiera cher elle-même ou le fera payer cher au conjoint par la suite. Dans 50 % des cas, la première naissance a lieu moins de 9 mois après le mariage, et dans la moitié de ces cas le mariage n'aurait pas eu lieu sans cette grossesse "fortuite", sinon il a été avancé par l'événement non désiré. De toutes façons, le mariage hâtif n'est pas sans poser des problèmes matériels au jeune couple, souvent obligé de cohabiter avec la famille. Mais le plus important reste que ce "mariage fuite" ne se tra-

duit pas en général par un succès, car fuir un enfer ne signifie pas forcément trouver ailleurs un paradis. La jeune femme déchante vite.

On retrouve dans la majorité des [illegible] choix névrotique du conjoint qui traduit la recherche d'un amour semblable à l'amour connu dans l'enfance et fui dans le milieu familial.

[illegible] la jeune femme s'est mariée enceinte, elle vit sa grossesse sur un mode très culpabilisé, la venue d'enfants trop rapprochés ne constitue pas un facteur favorable pour l'épanouissement de sa féminité.

Sur le plan sexuel, il existe presque toujours une frigidité, les rapports sont rares et souvent douloureux. La crainte d'une autre grossesse non désirée existe dans un cas sur deux. La prise d'un contraceptif par voie orale s'avère en général mal supportée chez cette jeune névrotique, mais la plupart du temps ce problème n'est pas abordé entre les époux avant la conduite suicidaire.

Ce dont la suicidaire se plaint le plus, c'est de n'être pas comprise par son mari : elle ne peut pas dialoguer avec lui, d'abord il travaille trop et rentre souvent tard le soir et surtout il n'est pas assez affectueux. L'expression régionale fréquemment employée est : "il n'est pas assez amitieux". L'absence de dialogue à d'autant moins de chances de cesser que la névrotique a choisi un conjoint taciturne ou rejetant qui ressemble à son père. De tout temps l'époux a plutôt tendance à fuir une femme frigide guettant en silence l'affection dont elle fut sevrée, pour rejoindre ses copains au stade ou au café. On retrouve un éthylisme le plus souvent modéré chez le conjoint dans 40 % des cas.

L'entente conjugale se détériore peu à peu et l'état dépressif se développe à bas bruit chez cette femme qui supporte de moins en moins ses enfants en attendant dans son HLM que son mari rentre du travail. Rarement c'est elle qui se console dans la boisson. Quand elle travaille, elle suit le rythme de son travail de plus en plus difficilement avec une nervosité et une irritabilité croissantes.

Les problèmes relationnels avec le mari sont souvent aggravés par l'immixtion dans la vie conjugale -avec les meilleures intentions du monde, du moins sur le plan conscient- de la famille qu'il s'agisse de la mère ou de la belle-mère. Celles-ci ne peuvent s'empêcher d'intervenir et d'aggraver la situation par leurs commentaires. Cette influence se fait d'autant plus sentir que les personnalités des conjoints sont restées immatures et très dépendantes des images parentales.

Dans un tiers des cas environ, dans une proportion moindre que chez l'homme où elle dépasse 50 %, les difficultés relationnelles sont compliquées par l'existence d'une liaison extra-conjugale : "elle a quelqu'un". Ceci n'est pas avoué d'emblée, la malade peut être d'abord hospitalisée pour un état dépressif que l'on s'efforce de traiter, mais elle ne confie ce problème qu'après sa tentative de suicide. Ceci explique l'échec du traitement antérieur. La plus grande proportion d'infidélités conjugales retrouvée chez l'homme s'explique par la plus grande liberté sexuelle traditionnelle dans le sexe masculin.

L'épouse se sent délaissée et incomprise, elle peut rencontrer l'âme soeur, et cette liaison devient vite intenable. D'une part, elle peut cesser avec l'amant d'être frigide, ce qui est vécu sur un mode anxieux et culpabilisé et de toutes façons aggrave encore la détérioration des relations conjugales. A la longue, la situation devient intolérable, car la jeune femme se trouve écartelée entre d'une part son mari et ses enfants, et d'autre part son amant avec qui elle rêve de refaire sa vie.

Mais elle ne peut pas divorcer, parfois l'amant est lui-même marié, mais la plupart du temps elle choisit la voie de la raison et reste auprès du mari à cause des enfants.

La conduite suicidaire constitue la protestation et la fuite devant une situation devenue insoluble. La tentative peut survenir sur un mode impulsif en cas de découverte de la liaison et de la double vie à la suite d'une querelle conjugale violente.

Ce type de femmes jeunes aux alentours de la trentaine nous [illegible] fréquent dans notre recrutement suicidaire. Il réalise ce que l'on pourrait appeler un "bovarysme champenois". On peut se demander s'il est particulier à notre région riche en structures [illegible] ...ériques, mais il est p[illegible] penser qu'il s'agit de la colore [illegible] provincial.

Le même type de j[illegible]es peut sans doute être décrit avec quelques variantes locales d[illegible]e vie provinciale.

La tentative de suicide la plus fréquemment rencontrée survient donc au cours d'une dépression sur base névrotique. On peut cependant rencontrer des tentatives au cours d'autres dépressions moins fréquentes.

II. LES DEPRESSIONS REACTIONNELLES

Dans ce cas, l'état dépressif découle logiquement d'un traumatisme psychologique réel subi par un sujet qui ne présente pas de structure névrotique. Il faut bien sûr que letraumatisme ne soit pas disproportionné par rapport à l'intensité de la dépression. Ces dépressions réactionnelles vraies [illegible] rarement rencontrées. [illegible] ou elles peuvent cependant [illegible]

[illegible] une situation vitale pénible telle qu'un accident [illegible] catastrophe où le sujet a vu sa responsabilité engagée à son corps défendant. Ce cas est rarissime. Nous rencontrons plus souvent des épouses abandonnées par le mari et se retrouvant seules avec leurs enfants dans une situation matérielle catastrophique. Elles veulent mourir.

2) une affection organique grave (2,3 % des tentatives) le plus souvent le suicidaire présente une affection incurable surtout néoplasique, ou une maladie invalidante, neurologique en particulier. On rencontre plus rarement une tentative au décours d'un accident qui a entraîné une infirmité ou une longue impotence. Cette éventualité rare deviendra peut être plus fréquente avec l'augmentation fréquente des accidents de [illegible]

[illegible] sans [illegible] névrotique sous-jacente donnent peu de conduites suicidaires. Elles touchent soit des étudiants, soit des adultes dévorés par leur activité professionnelle. Les médecins ne sont pas épargnés, nous relevons deux cas de conduite suicidaire chez des médecins surmenés sur le plan professionnel.

4) la perte ou la modification du statut professionnel. Elle survient rarement dans l'âge adulte jeune, mais plutôt [illegible] la quarantaine. Les dépressions réactionnelles vraies sont rares car dans la pratique, la [illegible] du temps on peut mettre en évidence des [illegible] des difficultés relationnelles d'origine affective. Le surmenage lui-même se révèle souvent une fuite, dans le travail, de difficultés affectives. La plupart du temps lediagnostic dépression réactionnelle est porté au niveau de la consultation, mais lorsque le suicidaire est hospitalisé, il semble difficile de distin-

[illegible] sur base névrotique et des dépressions [illegible] réactionnelle. [illegible] surviennent chez [illegible]

[illegible] frontaire [illegible] de [illegible] des bases névrotiques.

[illegible] Dépressions [illegible]

[illegible] troubles ca- ractériels, [illegible] troubles sont aggravés [illegible] causés par un [illegible]

[illegible] sont per- [illegible] les explosions caractérielles [illegible] conjoint, [illegible] la femme [illegible] familiale [illegible]. La tentative peut être [illegible] par les difficultés matérielles qui en résultent.

[illegible] tentative du sujet caractériel [illegible] favorisée [illegible] désocialisation [illegible] seule avec [illegible] Gomès Obs N° [illegible] contre avis médical, [illegible] depuis plu- sieurs mois, [illegible] entraîne une nouv[illegible] seconde [illegible] met le traitement [illegible] refusée.

[illegible] il s'agit alors de caractéropathes [illegible] favorisé par un éthylisme épisodique. [illegible] se trouve [illegible] compliqués par [illegible] névrose conjugale ou familiale. [illegible] avec sa femme et ses [illegible] deux pièces d'un taudis, il [illegible] depuis son enfance, il [illegible] une [illegible] après des voies de [illegible] propre père. Une cure de désintoxication est proposée à Christian, [illegible] la refuse parce que son propre père est décédé dans un Hôpital Psychiatrique d'un délirium tremens, elle n'a pas [illegible] confiance dans les traitements propos[illegible] ...

Ces tentatives chez les cas sociaux ne constituent [illegible] peu importante des conduites [illegible] l'adulte jeune. Après [illegible] peuvent s'observer [illegible] cours de deux [illegible] peu fréquents mais d'un pronostic [illegible] les dépressions [illegible] d'allure mélancolique.

Les dépressions Mélancoliques vraies

Le premier accès mélancolique apparait classiquement entre 18 et 40 ans. Sa survenue nous semble très rare avant l'âge de 30 ans, elle commence à apparaitre à partir de cet âge mais sa fréquence est peu élevée. On l'observe comme nous l'avons vu à partir de la quarantaine. Le praticien doit cependant avoir toujours ce possible diagnostic présent à l'esprit.

Robert Obs N° 29 présente une tentative d'autolyse par ingestion médicamenteuse apparemment réactionnelle à une situation conjugale traumatisante. Sa femme l'a quitté le laissant seul avec de nombreux enfants.

Il refuse de rester hospitalisé et sort contre avis médical, apparemment détendu, il assure avec le sourire que ses ennuis sont terminés, que sa femme rejoint le domicile conjugal, la tentative n'était qu'un coup de tête. Tous nos efforts sont vains pour le retenir. Le lendemain, il se donne une mort méthodiquement préparée, il se pend en se tirant une balle de carabine dans le coeur après avoir ingéré une dose massive de barbituriques.

Plus fréquentes par contre nous semblent les dépressions d'allure mélancolique.

Les dépressions "d'allure mélancolique"

Elles sont fort complexes. D'une part elles surviennent d'une façon réactionnelle à une situation conflictuelle grave, presque toujours conjugale. La tentative revêt alors un caractère de protestation, avec "mise en demeure" au conjoint de faire cesser le conflit. L'aspect clinique est celui d'une dépression mélancolique mais il s'avère rapidement que la structure psychiatrique est celle d'une névrose très grave et ancienne.

Le pronostic est en fin de compte aussi sévère que celui d'une mélancolie vraie. En effet, ces dépressions névrotiques graves ne sont pratiquement pas influencées par la chimiothérapie. Celle-ci ne réalise qu'un cache-misère, l'hospitalisation certes amène une sédation de la symptomatologie, mais surtout grâce à l'éloignement temporaire de la situation conflictuelle en position régressive de maternage hospitalier.

Quelque soit l'amélioration apparente de la thymie, dès la fin de l'hospitalisation -ou de la convalescence en maison de repos- la suicidaire se trouve à nouveau confrontée avec la même situation conflictuelle sur laquelle nous avons peu de prises. La chimiothérapie devient alors une arme non seulement peu efficace, mais surtout dangereuse entre ses mains, car l'évolution est en général grevée par des récidives suicidaires. La malade ingère à nouveau ses médicaments dans un but d'autolyse, or on connait la gravité sur le plan organique des intoxications massives par les anti-dépresseurs. Par ailleurs, une psychothérapie quand elle peut être entreprise, s'avère longue, aléatoire, le pronostic n'en est guère favorable, du reste si ces névrosées graves en acceptent parfois le principe, elles s'avèrent souvent incapables de poursuivre la psychothérapie jusqu'à son terme.

Quel type de suicidaires rencontre-on le plus souvent dans ce cas ?

Il s'agit presque toujours d'une femme dont la névrose grave est causée par une image paternelle pathogène. Pendant son enfance, son père lui a donné une image effrayante qui l'a laissée anxieuse et terrifiée. Ceci induit un choix névrotique du partenaire dans le mariage, et elle choisit un conjoint pathologique, qui reproduit dans sa vie conjugale l'enfer familial.

Il maintient sa femme dans la [illegible] qu'elle [illegible] du père comme du mari. Elle proteste contre cet enfer.

On observe alors des tentatives de suicide itératives, de plus en plus graves et qui n'aboutissent jamais à une amélioration de l'atmosphère conjugale. Le mari redevient toujours le caractéropathe sadique et la malade la petite fille terrifiée et [illegible] dans une véritable névrose [illegible] se torture [illegible]

[illegible]

protester contre son enfer, mais qu'elle réussisse son suicide par un [illegible] traumatique où qu'elle trouve une mort apparemment "accidentelle". Cette prise de conscience peut se faire lors d'un abord psychothérapique et il lui est alors très difficile de supporter cette vérité qui est la sienne. C'est dire la difficulté de psychothérapie de telles suicidaires, et le danger d'une psychothérapie sauvage.

Ainsi Paule Obs N° 26, mère de trois enfants tente à six reprises de se suicider par ingestion médicamenteuse. Elle [illegible] immature, sa vie n'est qu'un enfer de scènes conjugales clastiques. Elle veut obtenir par ses conduites suicidaires que cesse l'attitude du mari à son égard et surtout à l'égard d'un fils délinquant qu'il refuse de recevoir sous leur toit. Paule a vécu une enfance tourmentée face à un père caractériel éthylique qui terrifiait sa mère, ce père ne lui a pas parlé, il hurlait et elle a grandi avec cette image [illegible]

[illegible]

[illegible] situation familiale conflictuelle, le mari est [illegible] peu desirés, souvent une cohabitation avec [illegible] conjugale. La tentative survient dans le but de [illegible] avec l'intention avouée ou consciente de [illegible] la situation conflictuelle. Chez cette femme jeune la tentative survient donc à l'occasion de ce conflit actuel, mais elle repose sur des bases névrotiques. Le tableau s'avère différent selon que l'adulte est plus ou moins engagé dans sa vie en particulier sur le plan conjugal. Ceci est toujours le cas après la trentaine. La conduite suicidaire chez l'adulte jeune pose des différents problèmes avant et après la trentaine car en pratique dans le dernier cas, [illegible] d'une structure relationnelle [illegible] acquise est [illegible] difficile en particulier en raison de [illegible] [illegible] pose de plus graves problèmes pour l'adulte jeune après la trentaine.

Nous envisagerons ce qui caractérise la conduite suicidaire de l'adulte jeune après la trentaine, puis avant cet âge.

LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ L'ADULTE JEUNE APRES LA TRENTAINE

Elles présentent des caractéristiques constantes :

1) tous les adultes sauf les sujets psychiatriques sont autonomes sur le plan socio-économique et surtout financier.

2) la plupart des suicidaires sont engagés dans les liens du mariage d'une manière irrémédiable, ils sont très prisonniers de leur passé, en particulier en raison de la présence d'un nombre d'enfants plus grand qu'avant la trentaine. Les structures de leur champ relationnel sont de ce fait plus difficilement remaniables et leur remaniement notamment après une psychothérapie ne se fait jamais sans mal ou s'avère même impossible.

3) la tentative survient à l'occasion de situations conflictuelles et elle a valeur de mise en demeure ou de protestation destinées à l'entourage socio-familial. Ces situations conflictuelles s'avèrent cependant différentes de celles que l'on observe chez l'adulte plus jeune et chez l'adolescent. Elles surviennent sur des bases névrotiques déjà anciennes et structurées chez ces sujets avancés dans leur vie adulte.

La mise en demeure destinée à l'entourage socio-familial s'adresse après la trentaine surtout à la famille que le suicidaire a créée et non plus à celle qu'il vient de quitter. La famille d'origine peut certes intervenir dans la psychogénèse de l'acte suicidaire, mais ce n'est jamais qu'à l'arrière plan et non directement. L'adulte après la trentaine se suicide à cause de ce qu'il a déjà vécu en tant qu'adulte. En général, la tentative par ingestion met l'autre -le plus souvent le conjoint- en demeure dechanger quelque chose, de modifier son comportement à l'égard du suicidaire. Il peut s'agir de son silence, de son incompréhension, de son intempérance ou de son infidélité, parfois il s'agit de son refus de lui rendre sa liberté. Dans tous les cas, c'est après une période déjà longue de vie commune que survient l'explosion, à la suite de perturbations dans un champ relationnel déjà structuré sur un mode névrotique ou chez une personnalité immature. Certes un remaniement est encore possible, mais il devient d'autant moins facile que le suicidaire avance en âge. Par ailleurs, la tentative survient souvent dans un contexte de névrose familiale et surtout de névrose conjugale qui plongent leurs racines dans les antécédents familiaux du sujet. En effet, il existe fréquemment une névrose du couple qui s'est décompensé et c'est le moins structuré et le plus vulnérable des deux qui a craqué. Paradoxalement, c'est donc parfois le conjoint le moins pathologique qui passe à l'acte suicidaire.

LES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ L'ADULTE JEUNE AVANT LA TRENTAINE

La tentative de suicide entre 22 et 30 ans peut se présenter sous un jour d'autant plus différent que le sujet est sorti depuis peu de l'adolescence. Elle diffère en effet par plusieurs points des tentatives survenant après la trentaine.

1) Beaucoup d'adultes jeunes avant 25 ans surtout se trouvent dans une situation de dépendance semblable à celle des adolescents. Certains ne jouissent pas encore de leur autonomie financière ou viennent juste de l'acquérir. Pour cette raison certains auteurs reculent les limites de l'adolescence jusqu'à l'âge de 25 ans.

[illegible] tement [illegible] sub[illegible] de [illegible] mal[illegible] malheureux parce qu'il est trop précoce et surtout parce que le conjoint est choisi selon les critères de la névrose infantile. Nous observons en effet que l'adulte jeune choisit le type d'amour malheureux qu'il a vécu pendant son enfance. On observe alors des structures et des relations familiales pathologiques qui aboutissent à la conduite suicidaire. Tous les choix de l'adulte jeune se font donc en fonction des perturbations affectives antérieures. Ce qui caractérise la conduite suicidaire, de l'adulte avant la trentaine, est de survenir à l'occasion de situations frustrantes ou conflictuelles provoquées par l'entrée dans la vie d'adulte [illegible] l'autonomie. Au sortir [illegible] dans [illegible].

Dans la tranche [illegible] l'autre [illegible] tentative [illegible].

- plus l'adulte jeune est proche de l'adolescence, plus il tente de se suicider à cause [illegible] ne peut réussir dans ses pre[illegible] [illegible]s proviennent du caractère [illegible] perturbations affectives anterieures.

- au contraire plus l'adulte jeune s'éloigne de l'adolescence, et [illegible] pour d'autres raisons. [illegible] certes réussi à faire ses premiers choix d'une vie adulte, mais ceux -ci se révèlent ultérieurement [illegible] engendrent des situations conflictuelles. C'est à cause de cette seconde génération de conflits que l'adulte proche de la trentaine tente de se suicider.

3) la signification de la conduite suicidaire s'avère la même que chez l'adolescent dans la plupart des cas : "mise en demeure" décrite par G. PASCALIS (75) ou protestation pour faire [illegible] r sur le plan sentimental [illegible] le sujet est marié ou au fiancé [illegible] gagé dans les liens du mariage. [illegible] encore intervenir d'une façon assez directe. Plus [illegible] nce vers la trentaine, moins la famille [illegible] l'acte suicidaire. Cependant, [illegible] insidieuse.

4) Avant la trentaine nombre de conduites suicidaires surviennent avant que le sujet soit engagé de façon irrémédiable dans sa vie d'adulte, en particulier sur le plan conjugal. Certains ne sont pas mariés, ils restent libres de tous liens objectifs [illegible] pas encore d'enfants. Hab[illegible] un ou deux en général. Le champ relationnel n'est pas encore structuré d'une façon [illegible] la trentaine. [illegible] offre donc un pronostic plus favorable pour une éventuelle action psychothérapique.

L'étude de ces tentatives montre le rôle déterminant des perturbations affectives antérieures vécues par le sujet. Ces perturbations semblent prendre leur origine dans l'histoire familiale du suicidaire. Il nous faut donc envisager "l'environnement" familial du suicidaire.

Les situations conflictuelles ayant motivé les tentatives de suicide se révèlent fréquentes dans certains types de structure familiale.

Nous envisagerons d'abord l'aspect conjugal de ces structures car les mariages malheureux s'avèrent fréquents, mais les situations conflictuelles plongent leurs racines plus profondément dans le champ familial du suicidaire nous rechercherons dans la famille d'origine un élément pathogène, en particulier un caractère pathologique responsable des perturbations affectives à l'origine de la tentative.

A partir de ces structures familiales nous décrirons certains types de relations familiales pathologiques, en particulier des couples "parents-enfants".

I. Les Structures familiales

A. Sur le plan conjugal

Les situations conflictuelles entrainant une tentative s'avèrent fréquentes au cours de certains types de mariages peu heureux.

1) Le "mariage dépit"

Après une déception sentimentale, le premier venu est épousé par dépit de n'avoir pu épouser le grand amour malheureux. Ainsi Gilberte Obs N° 21 se marie avec un brave homme d'un caractère froid et taciturne. Elle passe à l'acte dans le cadre d'une dépression névrotique qui débute après une rencontre fortuite avec l'ancien fiancé le jour anniversaire de leur rupture.

2) un mariage fuite du milieu familial :

Parce que ce milieu est peu chaleureux pendant l'enfance, la suicidaire fuit dans un mariage trop précoce pour trouver dans son propre foyer la chaleur qui lui manque dans sa famille. Si la femme ne trouve pas cette chaleur, elle est tentée par un impossible amour hors de son foyer et se trouve alors écartelée entre sa vie familiale décevante et son aventure extra-conjugale impossible. Ainsi Josette Obs N° 24 pour fuir un père froid et de longues années d'internat épouse trop rapidement et sans amour un mari qui n'a pas su la comprendre. Elle passe à l'acte quand sa vie est déjà bien hypothéquée, elle ne peut divorcer à cause des enfants et refaire sa vie, elle proteste par sa conduite suicidaire.

3) "le mariage réparation" :

C'est le type de mariages en rapport trop direct avec la première grossesse de l'épouse. Il en existe plusieurs degrés :

- en général le mari est le père de l'enfant, mais la venue de l'enfant n'était pas désirée, elle a précipité le mariage et forcé la main du père. Dans les meilleurs cas, le mariage aurait eu lieu de toutes façons et la grossesse non désirée n'est qu'un incident gênant. Dans les autres cas, il s'agit d'un accidentcatastrophique car sans lui le mariage n'aurait pas eu lieu, l'enfant ne constitue pas un lien ni un facteur d'épanouissement entre les deux conjoints mais un obstacle et un grief mutuel. Le couple va à veau l'eau jusqu'à la tentative de suicide.
- plus rarement le mari n'est pas le père de l'enfant, il ne lui

a donné que son nom. C'est le type de "mariage providence" pour une mère célibataire. On observe fréquemment [illegible] de l'épouse après une longue mésentente conjugale, le mari ne la comprend pas. Pourtant il semble un brave homme qui supporte jusqu'à [illegible] caractérielle et [illegible] parce qu'elle attendait un enfant, et en l'occurence elle semble très culpabilisée par cette faute. Son mari a trop facilement adopté en apparence cet enfant dont il n'est pas le père. La question n'a jamais été abordée entre eux et tout se passe comme ci l'épouse avait préféré que "sa faute " lui soit reprochée une bonne fois et ensuite pardonnée. [illegible], elle semble se demander si cette trop facile acceptation ne cache de la part du mari une agressivité et des reproches qu'il n'a jamais osé [illegible].

Tous ces types de mariage présententun dénominateur commun : le choix d'un amour adulte copie conforme de l'amour vécu pendant l'enfance. Le conjoint choisi présente le même caractère que le parent qui est fui. Par le mariage fuite, l'époux choisi est aussi froid et rejetant que le père. Les suicidaires retrouvent le climat familial qu'ils voulaient fuir. Ceci n'est pas le résultat du hasard, mais celui des choix névrotiques inconscients du suicidaire. Dans le mariage [illegible] une conduite [illegible], il semble être [illegible] comme par hasard un conjoint [illegible] que le père, ce lui parle et ne la comprend. Le choix se [illegible] sur un conjoint qui ne peut pas [illegible], il est vite méprisé par l'épouse déçue surtout quand elle présente un caractère autoritaire et phallique. La bonté même du conjoint lui est reprochée. Ceci semble une loi que tout individu recherche dans son conjoint, le type d'amour qui l'a [illegible] ou qui lui a manqué pendant son enfance. [illegible] est élevée par sa grand-mère et marquée par des carences affectives dans sa prime enfance. Elle recherche dans son mari le père qui lui a manqué et se conduit avec lui comme une enfant névrotique immature. Josiane Obs N° 36 fuit [illegible] un mariage avec le père de l'enfant qu'elle attend [illegible] et peu démonstratif lui-même traumatisé par le divorce de ses parents. [illegible] ne l'aurait-il pas épousée sans l'enfant non désiré ...

[illegible] situations conflictuelles [illegible] conflits surviennent à [illegible] dans la structure familiale antérieure.

[illegible]

Les perturbations affectives fréquentes amènent [illegible] ELEMENT FAMILIAL PATHOGENE dans l'entourage familial. Seule sa connaissance peut parfois expliquer les motivations profondes d'une conduite suicidaire. Il s'agit d'un caractère structuré d'une façon pathologique. Son influence s'exerçant directement ou indirectement depuis plus ou moins longtemps conduit le suicidaire à passer à l'acte.

Le plus souvent, il s'agit de la mère, moins souvent du père.

1) la MERE, élement pathogène

Habituellement, une mère déçue par sa vie de femme a vécu une expérience conjugale peu heureuse. Son ménage peut être dissocié ou simplement perturbé. L'échec conjugal est parfois le fait de son caractère autoritaire et phallique. Parfois le fait d'un conjoint très pathogène -grand caractéropathe,

volontiers éthylique. Il peut s'agir simplement d'une mère "dévorante et possessive" qui reporte une excessive affection sur son enfant -souvent le "petit-dernier". Plus mère qu'épouse, elle est déçue par son expérience conjugale, elle contribue plus ou moins inconsciemment à reproduire le même échec dans le jeune ménage de son enfant.

a) la mère peut être devenue pathogène dans une structure familiale soit dissociée soit seulement perturbée. Dans les deux cas son expérience malheureuse peut être le fruit de ses oeuvres ou celui de son conjoint.

- structure parentale non dissociée : le conjoint est vivant et présent physiquement ; deux cas se rencontrent. L'épouse s'avère elle-même pathogène, son caractère autoritaire et phallique a réduit son mari inexistant au rôle de descente de lit nourricière. Il fuit le plus souvent dans une démission totale devant sa conjointe et cherche des compensations extra-conjugales. Le plus souvent il fréquente les débits de boisson avec ses camarades, l'éthylisme reste modéré et ne joue qu'un rôle de contact social. Il peut fuir dans des aventures extra-conjugales. Sa démission et ses compensations alimentent la conviction de l'épouse que les hommes sont des êtres méprisables et vils.

Le conjoint est pathogène, il s'agit le plupart du temps d'un caractéropathe violent et éthylique. Il continue de cohabiter avec sa femme qu'il bat et trompe quand il ne se contente pas de boire, et de lui faire des scènes de ménage.

- structure parentale dissociée : la mère est soit abandonnée avec ses enfants par son mari, soit divorcée. Le divorce est le plus souvent prononcé à son profit, le mari a quitté le domicile conjugal. Parfois, le mari dans un réflexe de défense est parti chercher ailleurs ce qu'il ne trouvait pas dans son propre foyer. Parfois, il s'agit d'un authentique caractéropathe qui a transformé la vie familiale de son épouse en un véritable enfer, avant de l'y laisser seule avec ses enfants. Cette mère divorcée ou séparée s'avère la plus pathogène et la plus dangereuse dans les relations familiales. Elle vit avec une image de l'homme toujours inutile, elle le méprise si elle est dominatrice et autoritaire, elle le vit comme dangereux si son conjoint est un caractéropathe authentique. Qu'elle ait été l'agent de son propre malheur ou non, qu'elle vit dans la hantise que son enfant devienne aussi malheureuse qu'elle. Malheureuse et déçue à juste titre ou non, elle va inconsciemment provoquer le malheur de son enfant. Elle ne cesse avant d'avoir retiré sa fille des griffes de l'homme qui lui a fait à elle tant de mal. Plus mère qu'épouse, elle empêche en fait sa fille de devenir une épouse.

b) nous classons à part la "mère dévorante et possessive" qui reporte son excessive affection sur ses enfants. Elle est plus mère qu'épouse, son conjoint est le plus souvent effacé. Ce genre de mères s'avère surtout protecteur vis-à-vis du "petit dernier" ou de la "petite dernière".

- s'il s'agit d'un fils : elle essaye de le dominer et de "le castrer" comme elle a domine son mari. Le fils reste immature, l'absence d'équilibre familial et surtout d'image paternelle valable ne l'aide pas à se structurer correctement en face de sa mère possessive. Il peut réagir de diverses façons : + parfois il n'arrive pas à fuir l'emprise maternelle, il reste célibataire parce que sa mère critique férocement chaque fille qu'il fréquente. La fuite dans un éthylisme compensateur est fréquente avec une organisation de la personnalité caractérielle et immature.

+ parfois il ne fuit sa mère qu'à [illegible] la bru si elle arrive à imposer son choix à son [illegible]. Si la bru présente une structure psychologique nor[illegible] mais le fils immature reste très dépendant de sa mère, [illegible] opposer et il reste en face de sa mère un petit garçon, il ne[illegible] de son épouse. Celle-ci vit très [illegible] dé-tériore, et c'est elle qui peut passe[illegible] névrotique. La tentative est [illegible] de choisir entre elle-même et sa mère. LUi [illegible] également protester par une tentative contre ce [illegible] son immaturité. Dans les deux cas, la tentative survient après la lente dégradation du climat conjugal avec multiples scènes provoquées par les interventions de la mère. Celle-ci dévalorise et critique en permanence sa bru auprès de son fils : "tu vois mon pauvre petit qu'elle n'est pas faite pour toi, je te l'avais bien dit". La mère pathogène guette la moindre défaillance et si l'un des époux cherche une consolation extra-conjugale, on peut faire confiance à la mère pour avertir douloureusement indignée l'autre conjoint de son [illegible].

+ parfois s'il trouve le courage de fuir sa mère, il le fait dans un mariage hâtif surtout caractérisé par un CHOIX NEVROTIQUE : il choisit une épouse qui ressemble à sa mère ou plus exactement il se laisse choisir par le même type de femmes, faible et immature même dans ses vélléités d'indépendance, il constitue la proie révée pour une jeune fille en mal d'époux et structurée sur un mode dominateur. Ainsi Dominique Obs N° 37 épouse une femme aussi castratrice que sa mère, il tombe de charybde en cylla, il ne trouve pas d'autres solutions que fuir dans la conduite suicidaire.

- dans tous ces cas, le fils reste sous une domination féminime et ne porte pas la culotte. Sa mère intervient dans son ménage pour le maintenir sous sa domination. Dans le cas où l'épouse est structurée de façon aussi autoritaire que sa belle-mère, rarement les deux femmes s'entendent pour écraser le mari, plus souvent leur deux caractères s'opposent avec éclat, le fils immature est déchiré entre ses deux femmes. il présente une conduite suicidaire. Dans le cas où l'épouse n'admet pas que son mari reste sous la coupe de sa mère, elle n'admet pas de ne pas réussir à obtenir qu'il s'en détache, et elle peut le mettre en demeure de le faire par une conduite suicidaire.

+ [illegible] celle [illegible] sur le plan conjugal [illegible] le ménage de sa [illegible] rendre malh[illegible] nage a besoin de [illegible] fite pour imposer [illegible] opinion, [illegible] nence et le compare avec l'ho[illegible] motiv est : "il est bien comme [illegible] ils se ressemblent tous, tu n'as pas de chance !". [illegible] c'est à l'homme qui l'a déçue qu'elle tente de régler s[illegible] ture continue de recourir autant à ses conseils car parfois [illegible] n'ose pas se révolter parce qu'elle a peur d'être trai[illegible] par une mère crucifiée "après tout ce qu'elle a fait pour el[illegible] mère ne vit que pour les siens, elle est un[illegible] faire l'éducation des petits enfants qu'elle garde. Ceux-ci [illegible] mère qui n'ose pas contredir la grand-mère et un père plus [illegible] par son [illegible] qui [illegible] rabroser ou qui provoque une scène conjugale [illegible]

de carence d'autorité, les enfants ravis ont toutes les chances pour s'organiser sur un mode caractériel sans équilibre affectif ultérieur, et de reproduire la propre histoire de leurs parents.

Si le mari n'a pas l'autorité nécessaire pour imposer sa loi et mettre la plus grande distance physique et morale possible entre sa belle-mère et son ménage, la mésentente s'aggrave dans son couple où la mère pathogène peu à peu reproduit sa propre expérience conjugale malheureuse. Les perturbations dans le ménage de sa fille puis la séparation qui risque d'en découler ne font que la confirmer dans son opinion sur les hommes "ils sont bien tous les mêmes". Dans tous les cas, tous les arguments sont bons pour jeter de l'huile sur le feu si le gendre fuit dans le travail, il délaisse sa fille, s'il ne travaille pas assez, il néglige les intérêts du ménage, s'il prend l'apéritif avec des amis il est alcoolique, et malheur à lui s'il semble regarder d'autres femmes que sa fille. "Il ne pense qu'à ça". Dans les cas extrêmes, la mère peut même jusqu'à aller favoriser une aventure extra-conjugale de sa fille, afin de la détacher de son mari.

2) Le PERE, élément pathogène familial

Ceci semble plus rare. Dans la majorité des cas, le père offre dans son enfance à sa fille une image intimidante et même effrayante. Il ne veut pas ou ne sait pas lui parler, elle le voit régner de façon autoritaire et exigeante dans son ménage. Elle intériorise une image de l'homme qui n'accorde pas à la femme le droit de parler et en fait de s'épanouir et d'être heureuse. Quand elle se marie elle choisit inconsciemment un type d'homme qui ressemble à son père. Comme elle n'a pas appris à parler et reste craintive devant l'image terrifiante de l'homme, elle n'arrive pas à établir un dialogue avec son mari. La personnalité peut n'être pas aussi pathogène que celle du père, mais sa femme reste sans voix devant lui, elle attend qu'elle la devine et la comprenne. S'il n'y arrive pas, elle se réfugie de plus en plus dans son univers intérieur, dans le silence. Elle reporte son affection sur ses enfants, elle devient plus mère qu'épouse et plus épouse qu'amante. L'entente physique pour les mêmes raisons s'avère peu harmonieuse. L'existence d'une frigidité chez une femme qui se replie sur elle-même sans parler accentue sa solitude et surtout l'incompréhension de la part du mari. Celui-ci d'une façon très compréhensible à tendance à la laisser seule dans son rôle de mère et de femme d'intérieur. Le syndrome dépressif s'installe à bas bruit et l'épouse finit par protester par sa conduite suicidaire.

Parmi ces femmes très inhibées devant l'image masculine, on observe fréquemment dans une structure familiale non dissociée l'existence d'un problème anti-conceptionnel. Elle est frigide, dyspareunique même, elle appréhende les rapports sexuels. Elle ne supporte plus ses enfants dont les naissances se sont succédées de façon trop rapprochée, parfois elles ne sont pas désirées. Après trois ou quatre enfants -parfois au rythme de un par année- elle vit dans la terreur d'une nouvelle grossesse. Ce problème n'est jamais abordé et bien sûr résolu avant la conduite suicidaire, d'autant plus que la malade est inhibée devant l'image masculine.

Ces structures familiales entrainent certaines situations pathologiques sur le plan familial.

II - Relations familiales pathologiques : [illegible]

Elles sont réalisées [illegible] que forme la mère soit avec sa fille, soit avec son garçon, [illegible] fille. Ces couples reposent sur les [illegible] névrotiques [illegible] avec [illegible] : l'[illegible] [illegible].

[illegible]

A. Les couples mère-[illegible]

1. Le couple mère-fille

a) [illegible] par [illegible] le ménage de sa fille. Celle-ci [illegible] [illegible] lorsque plusieurs enfants [illegible].

b) Dans le second type [illegible] trentaine. Une mère autoritaire et [illegible] [illegible] [illegible] et à faire des enfants. [illegible] caractère autoritaire et dominateur. Elle n'[illegible] pas le mariage de sa fille [illegible] pas. Si elle s'y [illegible], la fille peut effectuer une tentative de suicide pour mettre en demeure la mère d'accepter son choix. Après le mariage elle n'intervient pas dans le ménage de sa fille, celle-ci provoque [illegible] [illegible] d'être écrasé [illegible] [illegible] personnalité hors du commun [illegible] :

- [illegible] la fille [illegible] père dans [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible].

- [illegible] nécessaire pour s'[illegible] [illegible] moyen de protester et de [illegible] [illegible] autoritaire et [illegible] mère, tente en vain [illegible]. Le mère fait tout pour que sa [illegible] avec elle.

c) dans le dernier type, une mère possessive [illegible] avec sa fille immature ou névrotique grave [illegible] structure [illegible] caractérisée par l'absence du père. Ainsi Colette [illegible] N° [illegible] vit avec une mère hyperprotectrice elle n'a jamais connu son père, décédé pendant sa prime enfance. Une [illegible] sévère avec conduite d'échec sur tous les plans - en particulier sentimental - ne lui laisse aucune autre [illegible] que la voie suicidaire.

2. Le couple mère-fils

Il est calqué sur le même modèle, la mère "[illegible]" le fils [illegible] sa mère. Le fils [illegible] épouse le même type de femme -Dominique [illegible] N° [illegible]-.

Le dominateur commun s'[illegible] une mère qui porte la culotte [illegible] un ménage dont le père est [illegible] "[illegible]onne".

B. Les couples père-fille

La conduite suicidaire survient en général entre 22 et 30 ans. Des liens privilégiés se sont créés entre l'adolescente et son père qui forment un véritable couple. Ces couples père-fille se créent dans des ménages peu équilibrés où les relations entre les conjoints de même qu'entre parents et enfants sont faussées. La fille est rejetée par une mère froide et indifférente, elle n'est pas admise par sa mère en tant que femme, donc en tant que rivale -peut-être parce que la mère n'accepte pas sa propre féminité-, la fillette ne résoud pas de façon harmonieuse son problème oedipien, elle se tourne vers son père, elle érotise la situation avec lui, il la chouchoute en permanence.

Adolescente, elle lui voue une véritable adoration. Ce couple père-fille très sympathique d'aspect est lourd de conséquences pour l'avenir. L'adolescente n'assume pas sa féminité dans la réalité, elle ne se sent femme et acceptée en tant que telle qu'auprès de son père. Si elle se marie, elle ne choisit pas entre le père et le mari, elle recherche le père dans le mari. Si le père vient à disparaître, la jeune femme adulte qu'elle semble être devenue s'effondre Il lui semble tout perdre en le perdant. Le deuil du père entraîne une culpabilisation de vivre sa vie de femme avec d'autres hommes. Quand elle est célibataire, elle peut paradoxalement fuir dans une recherche effrenée d'aventures sexuelles qui la laissent anxieuse et amère. La quête d'affection et de protection auprès d'autres hommes -substitut de l'amour paternel- s'avère vaine. La jeune fille se méprise et finit par emprunter la voie suicidaire dans un désir non pas de dormir mais très sincère de mourir.

Quand elle est déjà mariée, le deuil du père entraine une crise conjugale grave qui se termine souvent par une séparation ou un divorce, même sans aventures extra-conjugales. La jeune femme finit par emprunter la voie suicidaire. Ainsi Marie-françoise Obs N° 40 perd son père, elle mène une vie extra-conjugale très orageuse puis divorce. Annie N° 41, célibataire fuit le domicile familial après avoir formé un véritable couple avec son père. Mais à l'arrière plan la mère froide et rejetante constitue l'élément pathogène de la famille. La mère est marquée par des troubles affectifs de sa propre enfance, elle vit auprès d'une marâtre rejetante, fuit le domicile paternel et se marie après avoir vécu plusieurs années avec celui qui devient le père d'Annie. Plus tard, débordée par ses trop nombreux enfants, délaissée par son mari qui se consacre à son métier, elle rejete à son tour sa fille qui forme un couple artificiel avec son père. Annie fuit à son tour le domicile familial, elle reproduit l'histoire de sa mère.

C- ASPECT CLINIQUE DE LA TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ L'ADOLESCENT

Avant d'étudier l'aspect et la signification de la tentative de suicide de l'adolescence, il [illegible] comment se présente l'adolescence elle-même.

L'ADOLESCENCE

Définition et limites

L'adolescence est une tranche d'âge arbitrairement découpée dans la vie d'un être humain entre l'enfance qui la précède et l'âge adulte qui lui succède. Ce découpage est arbitraire et spécifique d'un type de civilisation comme notre civilisation occidentale.

Elle est caractérisée sur le plan biologique par les phénomènes pubertaires et sur le plan psychologique par l'existence de crises en rapport avec les relations nouvelles qui s'établissent entre l'adolescent, sa famille et la société. L'adolescence peut donc être considérée comme un ensemble de crises psychologiques dans un corps qui se découvre et se transforme. Les phénomènes de maturation physique sont ici essentiels car l'adolescent se sent mal à l'aise dans son corps et la valorisation ou la dévalorisation de celui-ci sont d'une importance extrême, en particulier nous le verrons, pour les modalités d'expression de l'adolescent.

Mais quelles sont les limites exactes de l'adolescence?

Si les différents auteurs semblent d'accord pour la faire débuter à la puberté, ils ne le sont pas plus sur sa fin. Certains n'envisageant que l'aspect pubertaire limitent l'adolescence à 18 ans, d'autres la prolongent jusqu'à 18 et 21 ans. Sur le plan social, l'adulte est défini par le droit et la possibilité d'assumer son autonomie et ses responsabilités sur le plan sexuel, civique, économique : ceci implique donc l'indépendance économique, c'est-à-dire financière. Nous avons, pour notre part, délimité la fin de l'adolescence à 21 ans, âge de la majorité légale. Cette définition peut, bien sûr, prêter à critique comme toute définition de l'adolescence. On voit en particulier qu'un individu peut se conduire en adulte avant d'en avoir atteint l'âge légal si il a réussi à acquérir son autonomie financière et sa maturité affective grâce à sa famille. Au contraire, il peut rester immature et dépendant financièrement par rapport à sa famille, de nombreuses années après avoir acquis son statut d'adulte.

L'adolescence succède à la phase de latence qui débute après la pâle année de la vie, âge où [illegible] est résolu le problème oedipien ; pendant cette phase de latence, l'activité intellectuelle et scolaire est au premier plan, l'enfant assimile les apports scolaires et familiaux, la vie affective et pulsionnelle reste classiquement au second plan, en sommeil.

Les aspects classiques de l'adolescence

Pendant l'adolescence, toute l'organisation de la personnalité est remise en question. Le sujet passe par des crises dont nous parlerons brièvement :

- la crise pubertaire proprement dite sur le plan de l'instinct et de l'affectivité, voit la maturation de la sexualité et l'apparition parallèle de la vie sentimentale.

- sur le plan socio-familial, l'inadaptation au milieu surtout familial et l'opposition aux parents et à leur système de valeurs caractérise cette période qui voit l'adolescent se détacher progressivement de sa famille pour trouver en dehors d'elle des relations et des valeurs nouvelles. Enfin, l'adolescent doit acquérir son indépendance financière et économique pour pouvoir accèder au stade d'adulte.

1) l'aspect pubertaire proprement dit :

La puberté signifie possibilité de procréer. La maturation somatique se traduit par les caractères sexuels secondaires, mais la sexualité est plus ou moins bien acceptée.

- les modifications morphologiques de la puberté entraînent une transformation du schéma corporel d'une extrême importance psychologique pour l'adolescent, car celui-ci peut plus ou moins accepter cette image nouvelle de son corps. Un élément dysmorphophobique fréquent traduit alors la difficulté d'identification de l'adolescent, nous en verrons ultérieurement toute l'importance.

- sur le plan sexuel : l'adolescence marque la fin de la sexualité infantile, classiquement disparue pendant la phase de latence, la poussée des instincts sexuels est alors centrée sur la zone génitale. La maturation de la sexualité consiste en une fusion des pulsions sexuelles partielles vers un but génital. La masturbation peut constituer la seule solution de la tension génitale, elle s'accompagne de fantasmes érotiques et d'une signification oedipienne. Sa persistance anormale traduit un trouble névrotique de fixation à la mère antérieure à la puberté.

- la vie sentimentale apparait alors : l'adolescent est attiré par le sexe opposé, en général plus âgé que lui ; il rejette ses parents et recherche une identification à d'autres adultes pour se sécuriser lui-même. L'attirance hétéro-sexuelle peut être ressentie comme coupable et l'adolescent restant inhibé vis-à-vis de l'autre sexe peut être alors d'autant plus attiré vers les individus de son propre sexe. Il s'agit "d'amitiés particulières" où sur le plan affectif, l'adolescent recherche sa propre image sur un mode très narcissique.

2) l'aspect socio-familial :

a) les relations avec la famille : elles passent par une crise. Jusqu'ici seules la famille puis l'école ont proposé des valeurs à l'enfant. L'adolescent lui, voit le champ de ses relations et de ses expériences personnelles s'élargir, d'autant plus que le monde entier vient à lui par l'intermédiaire des moyens d'information (radio-télévision-cinéma) il est de plus en plus facile de voyager et de se déplacer, les distances semblent raccourcies, alors qu'auparavant l'adolescent ne pouvait guère s'évader que par la lecture. Pour cette raison, les valeurs vécues jusqu'ici comme absolues apparaissent donc comme relatives et d'autres valeurs s'offrent pour les remplacer. Ceci entraîne des conflits

avec l'entourage et des attitudes d'opposition d'autant plus que l'adolescent très ambivalent désire son indépendance et craint de l'assumer. Il réclame et fuit à la fois une liberté que ses parents hésitent à lui confier d'autant plus qu'ils se sentent eux-mêmes mis en question et qu'ils le jugent lui encore immature, souvent à juste titre.

b) les rapports avec la société : l'adolescent jouit d'un statut spécial dans notre société. Celle-ci cesse de le considérer comme un enfant, mais ne lui accorde ni le statut ni les responsabilités d'un adulte. Dans certaines sociétés, dites "primitives" l'enfant pubère accède brutalement et sans transition dans le temps à l'état d'adulte, en général après avoir assisté à des cérémonies rituelles d'initiation, [illegible] peu à peu préparé à affronter les épreuves qu'il doit surmonter pour être jugé digne de l'état adulte. Au contraire, dans notre société, l'adolescent est [illegible] maintenu entre l'âge infantile et adulte dans un état artificiel où théoriquement le passage à l'état adulte se fait sans transition à 21 ans. L'adolescence représente donc une forme de passage donné en fonction des structures d'une société. Mais, au lieu de consister en des rites d'initiation qui assignent la place d'adulte qu'il aura à occuper dans cette société, dans notre société pour l'adolescent, il s'agit d'une longue période de transition qui nécessitera, nous le verrons, un choix et une recherche de [illegible] de plus en plus difficile, car pour l'adolescent la situation devient de plus en plus inconfortable. En effet, la société ne lui permet [illegible] pas d'arriver au stade d'adulte que de plus en plus tard, elle semble vouloir augmenter à plaisir les risques de conflits et de déséquilibre par sa propre ambivalence vis-à-vis de l'adolescent qui se manifeste de multiples façons.

L'adolescent subit donc des transformations profondes, liées à ses facteurs pubertaires et socio-familiaux, mais sous l'influence de ces derniers on assiste depuis quelques décades à un véritable bouleversement de l'adolescence, celle-ci devient en effet un état de plus en plus [illegible] et inconfortable en raison de deux facteurs :

- la précocité croissante de l'adolescence ;
- [illegible]

[illegible]

Les [illegible] de l'Adolescence

1) Précocité croissante de l'adolescence : le facteur pubertaire de l'adolescence [illegible] sexuelles [illegible] qui apportent le support neuro-physiologique nécessaire pour que les pulsions partielles sexuelles puissent s'intégrer dans une sexualité génitale harmonieuse. Mais ce phénomène pubertaire doit être [illegible] par la précocité croissante de l'adolescence que l'on observe depuis un siècle. La vie moderne par les progrès [illegible] d'une part, et d'autre part [illegible] et sociales, entraînent une maturation plus précoce sur tous les plans : endocriniens et nerveux en particulier. La société en sollicitant l'adolescent par exemple par la publicité [illegible] biologique et psychologique, de sorte que l'enfance s'est raccourcie de plusieurs années. On peut estimer à trois ans le minima de raccourcissement de l'enfance depuis un siècle. L'adolescence étant plus précoce, logiquement la vie adulte devrait débuter plus tôt. Or, par un curieux paradoxe, on assiste parallèlement à cette précocité biologique de l'adolescence à un allongement artificiel de cette période à l'autre pôle, c'est-à-dire au pôle social de l'entrée légale de l'adolescent dans le monde adulte. Ceci concerne le second aspect de l'adolescence, non

plus pubertaire mais l'aspect social qui est caractérisé par :

2) l'ambivalence de la société face à l'adolescence :
Cette ambivalence se traduit sur plusieurs plans.

a) l'adolescent pubère est capable biologiquement de procréer, mais il doit attendre pour être nubile, la société ne lui accorde aucune des prérogatives de l'adulte. Nous l'avons vu, elle le sollicite sournoisement, cependant, de se conduire en adulte par certains côtés avant même d'en avoir les droits et les statuts. Elle le sollicite, en particulier, en tant que client potentiel sur le plan commercial et financier.

En effet, même s'il dépend financièrement de ses parents, l'argent de poche alloué par ceux-ci sans même parler des payes d'apprentis confère un réel pouvoir d'achat à l'adolescent, et la société de consommation pour cette raison l'incite à consommer dans une quête fantasmatique du superflu et une poursuite des symboles, en particulier érotiques et de tout ce qu'il n'a pas le droit de posséder officiellement : la liberté, la vitesse, les femmes, etc.. Même si on estime à 20 000 Anciens Francs seulement l'argent de poche minima dépensé par chaque adolescent, ce qui est sans doute bien en dessous de la vérité, le pouvoir d'achat des adolescents peut être approximativement évalué à 120 Milliards d'Anciens Francs par an, car il existe en effet 6 Millions d'adolescents âgés de 12 à 19 ans, et 4 Millions de 20 à 24 ans dont la plupart n'ont pas encore accédé à une totale autonomie financière et économique -y compris les étudiants sursitaires-.

Les sujets de 22 à 24 ans sont exclus de notre définition du groupe des adolescents, mais il faut reconnaître que dans ces conditions une grande partie d'entre eux, bien qu'ayant déjà le statut légal d'adultes reste en partie des adolescents. La société rend donc la maturation physiologique et sexuelle de l'adolescent de plus en plus precoce, ce qui même celui-ci à vouloir se conduire librement de plus en plus tôt.

b) La société accorde à l'adolescent sa majorité légale à 21 ans, sa majorité pénale à 18 ans, et sa majorité scolaire à 16 ans. Ces "trois âges" expriment bien la perplexité de la société face à l'adolescence. La société complique et retarde par ses rites l'entrée de l'adolescent dans la vie d'adulte. En particulier la scolarité obligatoire est portée jusqu'à 16 ans avant de pouvoir apprendre un métier. En allongeant la durée de la scolarité et de la formation professionnelle, elle augmente la durée de la dépendance économique et financière de l'adolescent vis-à-vis de sa famille. Jusqu'à sa majorité légale, l'adolescent est jugé inapte à vivre de façon autonome, et à pouvoir assumer la vie d'une famille, seul si sa propre famille lui fournit une caution morale et matérielle. Avant de pouvoir apprendre un métier, la scolarité obligatoire est portée jusqu'à 16 ans, les études devenant de plus en plus longues et complexes. L'adolescent reste financièrement dépendant de son entourage, même après 21 ans.

Or, dans une société de consommation, quelque soit le régime politique seul compte l'argent qui donne puissance et accès au stade d'adulte. La société a tendance de plus en plus à devenir celle où l'on "vaut quelque chose", ainsi aux Etats-Unis un citoyen vaut un nombre déterminé de milliers de dollars. Dans un monde où l'on existe pour posséder et non plus pour être, l'être humain n'est pas estimé mais évalué. Si les parents adoptent cette attitude matérialiste, ceci ne contribue pas à donner un idéal à leurs enfants.

En résumé, [illegible] augmentation de la longueur [illegible] morale plus grande de l'adol[illegible] sa maturation physiologiqu[illegible] Notre société par son ambiv[illegible] lescence de plus en plus tô[illegible] en plus tard, ainsi elle au[illegible] flits entre l'adolescent et [illegible] d'autant plus le risque de [illegible]

L'apparente précocité sous l'influence de facteurs psychosociaux se retrouve dans différents domaines.

Chez les adolescentes, la précocité est de plus en plus grande, sous l'influence de la mode, des loisirs-cinéma, télévision, presse pour moins de 20 ans - et surtout des moyens d'information ; ceux-ci prennent de plus en plus d'importance dans notre mode de vie marquée par un matérialisme qui va de pair avec le recul de valeurs morales dites "traditionnelles".

Ainsi des actrices adolescentes posent à 15 ans, dénudées, dans des films interdits au moins de 18 ans. Le roman "Lolita" de Nabokov fut un succès littéraire au point de faire passer le terme de de "nymphette" dans le vocabulaire courant, et surtout au point de devenir un modèle pour des adolescentes et même pour des jeunes femmes adultes... La raison en est un culte artificiel de la jeunesse sur certains plans à la mode dans notre société ou les"anciens" ne sont plus les seuls à avoir la parole. Ce culte artificiel de la jeunesse dépend de sordides intérêts adultes qui incitent dans un but de profit la masse des jeunes, et en particulier des adolescents à consacrer leur pouvoir d'achat au superflu. Toute une industrie exploite cette clientèle, la publicité incite l'adolescente de 14 ans à se maquiller et s'habiller comme la fille de 20 ans et la jeune adulte de 30 ans. Cette dernière se rajeunit artificiellement comme la première se vieillit et à 14 ans l'adolescente semble une jeune femme. Elle se croit devenue une femme comme celle qui à 30 ans, elle se comporte comme elle. Malheureusement elle n'a plus devant elle comme image de référence une image adulte valable, mais l'image fallacieuse d'une jeune "minette", à laquelle même sa propre mère peut s'être identifiée.

Comment la femme adulte peut-elle encore prétendre jouer un rôle dans les conceptions de l'adolescente ? Ceci survient d'autant plus que le nombre d'hommes sont eux-mêmes attirés par cette image de la femme enfant. On voit même sur des images de première communion des communiantes qui ressemblent déjà à des petites femmes , avec cheveux gonflés , bas, collants, et maquillage... Des adolescentes de 12 ou 13 ans en fin d'études primaires se rendent à leur cours en "mini-short" et "maxi-bottes".

L'existence des stimulants psychiques et érotiques permanents contribue à une apparente précocité de la maturation des adolescentes. L'adolescente classique disparaît et la fille de 14 ans semble adulte . Mais ceci n'est qu'une apparence car dans la majorité des cas, elle ne possède pas la maturité affective profonde, lui permettant d'assumer cette apparente maturité biologique. Par ailleurs, la société responsable en pratique de cette transformation continue officiellement de traiter " cette petite femme" en adolescente et elle ne fait rien pour lui donner réellement la capacité d'affronter les responsabilités d'une vie d'adulte sur tous les plans.

Chez les adolescents, les moyens d'information et les bouleversements [illegible] d'une apparente maturité intellectuelle. Ceci entraîne des formes de contestations de plus en plus virulentes. Car, en même temps, la société maintient [illegible] son état civil. L'adolescent entend découvrir de plus en plus tôt la vie [illegible], mais celle-ci recouvre une grande fragilité affective qui le rend d'autant plus vulnérable en cas de conflits violents avec la société des adultes. Cette précocité est source de conflits qui éclatent parceque la société responsable de la précocité de l'adolescent, persiste en même temps à le traiter en enfant et ne sait pas offrir en face de lui une image valable et sécurisante de l'adulte. Tout semble se passer comme si la complexité de plus en plus croissante de l'adolescence accentuait encore certaines caractéristiques de cette période. L'adolescent est entré dans la vie, elle peut être marquée par des périodes de dysthymie avec ruminations moroses ou exaltations, mais elle est surtout caractérisée par l'ambivalence, la nécessité d'une certaine agressivité, le besoin [illegible] ou ce que nous appelons le désir du " tout ou rien ".

[illegible] caractéristiques de l'adolescence :

1) l'ambivalence : l'adolescence fait son expérience de la vie sur un mode très ambivalent, aussi bien vis-à-vis de son propre moi qu'il découvre avec narcissisme, que vis-à-vis du monde extérieur et des êtres qui comptent le [illegible] pour lui, en premier lieu ses parents. Il passe d'un extrême à l'autre de l'amour à la haine, de l'admiration au mépris.

De même l'ambivalence caractérise les aspect affectifs de la crise pubertaire et les fixations amoureuses. Classiquement, l'adolescent idéalise l'être féminin aimé. Il est partagé entre les deux aspects de la femme - ange et femelle- il peut d'autant plus désirer qu'il n'aime pas, et respecter d'autant plus qu'il aime. L'adolescente critique et rejette sa mère, elle recher d'autres objets d'identifications homo[illegible], [illegible] amoureuses de collègues.

2) "le Tout ou rien" : c'est l'âge des solutions extrêmes, du besoin d'absolu. Il est porté à refuser les compromis dans la vie de peur de compromissions, pour lui tout est blanc ou noir. Il sera d'autant plus tenté de protester contre un état de fait vécu par lui comme intolérable, de réagir par une conduite suicidaire qui représente la plus belle illustration de cette loi du tout ou rien. L'adolescentjette le poids de son corps dans la balance, et [illegible] sa vie en jeu pour protester, il préfère mourir plutôt que vivre s'il n'a pas satisfaction.

3) le besoin d'agressivité : l'adolescent éprouve le besoin d'agresser son milieu socio-familial et de se mesurer avec l'agressivité du père. Il découvre et remet en question à la fois les valeurs morales et familiales, d'une façon ambivalente et agressive. Ceci est source d'anxiété pour lui et c'est à ce moment que l'adolescent a paradoxalement le plus besoin d'être rassuré et sécurisé surtout par une attitude ferme et une image rassurante que doit lui offrir l'adulte à travers le père présent en face de lui. D'autant plus qu'il [illegible] système de valeurs en cause avec agressivité, [illegible] que l'adulte et le père ne démissionnent pas en face de [illegible] tissent pas de leur image d'adulte détenteur du savoir et de l'autorité.

Il a surtout besoin que l'adulte se révèle assez fort pour supporter sa propre agressivité.

Si en face de lui l'adulte s'avère lui-même anxieux, peu maître de ses réactions, s'il réagit par l'incompréhension répressive ou par démission parcequ'il ne supporte pas l'agression de l'adolescent, celui-ci peut alors emprunter la voie suicidaire.

Or quelles sont les réactions de la société et de la famille face à ces conduites de l'adolescent ? Il est frappant de voir en effet que les problèmes et les réactions des adolescents sont identiques, quelque soit la géographie, il s'agit donc bien d'un problème de société.

4) les réactions socio-familiales face à l'adolescent :

a) l'ambivalence de la société est, nous l'avons vue, remarquable vis-à vis de l'adolescent. Nombre de parents se conduisent de façon tout aussi ambivalente.
b) face au désir d'absolu et de "tout ou rien", la société comme la famille sont tentées de réagir par l'incompréhension et de nier le phénomène suicidaire en particulier chez l'adolescent, en une sorte de réaction d'auto-défense. L'adolescent qui exige tout ne peut qu'avoir tort, personne ne semble vouloir expliquer à l'adolescent qu'il aurait du y mettre du sien, sans doute parcequ'alors famille et société auraient du y mettre du leur également. La réaction socio-familiale est alors un autre "tout ou rien" ou une négation du problème.
c) face à l'agressivité de l'adolescent, une des contradictions dans le l'attitude des adultes consiste en une tolérance totale, doncee une répression de cette agressivité. Or, l'adolescent constate la présence permanente de l'agressivité sous toutes ses formes légales ou non dans la société, et même dans son milieu familial.

L'agressivité comme l'érotisme demeurent interdit aux adolescent, mais les sollicitent dans les fils, la publicité et la télévision présente dans chaque foyer. La société et l'adulte ne supportent plus que l'agressivité de l'adolescent à leur égard, que son auto-agressivité. Que l'adolescent veuille se tuer, qu'il porte en lui une idée de la mort n'est absolument pas admise, or la mort est présente, comme l'agressivité en permanence dans la société et la vie quotidienne. Depuis son plus jeune âge, l'enfant côtoie la mort, ne serait-ce que dans les accidents de la circulation de plus en plus fréquents. Chaque week-end voit son contingent d'une centaine de morts et chaque conducteur est un assassin ou un mort en puissance.

De même, les notions nouvelles de "chantage" de "mise" à demeure", de violence dirigées contre des innocents pris en otage sont en permanence à présent véhiculés par tous les moyens d'information. Ceci mais on est étonné de voir certains adolescents justifier après coup de leur acte suicidaire par des exemples puisés dans le journal quotidien ou l'expérience familiale :

- un adolescent estime cyniquement avoir eu raison de faire céder ses parents - ceux-ci refusaient de le laisser partir dans un foyer d'internes -, en risquant sa propre vie et en se faisant du mal. Ils ont cédé, dit-il,comme cèdent les gouvernements devant ceux qui ont enlevé des otages ou détourné des avions. Cela prouve, ajoute - t-il rêveur, qu'ils ont tous mauvaise conscience et se sentent coupables , en effet,

explique-t-il, [illegible] d'une part parce qu'ils sont responsables [illegible] de la situation, et d'autre part parce qu'[illegible]

- un autre adolescent s'indigne que son père lui donne une gifle s'il se permet d'exprimer un avis contraire au sien, alors que ce même père n'hésite pas à doubler en haut d'une côte pour dépasser une autre voiture [illegible] elle et d'autres familles innocentes. [illegible] une conduite [illegible] ?

On se rend compte que la société et les adultes en tant que parents donnent l'exemple d'une agressivité et interdisent en même temps aux adolescents de le suivre. La vie de l'individu et de la personne humaine sont dévalorisées aux yeux de l'adolescent. Cette dévalorisation contribue à lever chez l'adolescent des inhibitions capables de l'empêcher de jouer sa vie à pile ou face dans la conduite suicidaire. L'attitude du milieu socio-familial et surtout du père s'avèrent primordiales face à l'adolescent, car en raison d'une certaine faillite des structures anciennes, le père reste le seul interlocuteur valable pour le sujet jeune.

5) La faillite des structures

Il faut reconnaître que les anciennes structures de notre société qui assuraient l'encadrement des jeunes semblent avoir fait faillite, ou toutefois, ne plus contribuer à établir un climat propice pour leur bonne insertion sociale et leur bon équilibre moral. Si l'adolescent n'adapte pas d'autres normes (révolutionnaires par exemple), il est livré de garde-fou et livré à lui-même dans un monde de plus en plus anonyme et collectif où règne l'urbanisation sauvage et inhumaine, celle des "grands ensembles" et des "[illegible]" coupés de la cité. L'adolescent privé de [illegible] et d'exemples à suivre en toute confiance ne peut que dialoguer [illegible] avec ses parents et en particulier son père. Il n'a [illegible] qu'une seule autre solution si le dialogue avec le [illegible] : la formation de bandes de jeunes. Il faut constater [illegible] les adolescents au fur et à mesure que se "civilise" [illegible] ont tendance à revenir [illegible] au noyau de la horde tribale qui semble un mode d'organisation [illegible] défensif vis-à-vis d'un monde vécu non plus comme [illegible] civilisé, mais comme sauvage et hostile. Hors de cette solution, l'adolescent reste à sa solitude et n'a de moyens de communiquer qu'avec l'autorité paternelle, essentiellement l'image du père.

Or, que lui apportera l'image paternelle si le père est surmené, "absent", dépassé par les événements et les exigeances impétueuses de l'adolescence ?

6) La réaction du père

La réaction la plus fréquente consiste en une carence d'autorité décrite par J.M. SUTTER (90). Elle prend le masque d'un autoritarisme paranoïaque où l'adulte réagit avec une excessive rigueur, soit d'une démission par faiblesse ou lâcheté.

Les adultes manifestent une incompréhension devant le fait que l'adolescent remet en question les valeurs sociales et morales étu-

blies en dogmes, et surtout manifeste une absence de respect des formes dans la contestation.

Alors que l'adolescent a besoin d'une grande stabilité et disponibilité de l'adulte en face de lui, très souvent ses parents eux-mêmes traumatisés, ont vu au lendemain de la seconde guerre mondiale leur système de valeurs ébranlé. Se trouvant devant des lendemains incertains, ils se sont réfugiés dans un idéal de vie matérialiste dans le cadre d'une société de consommation.

Ceci ne contribue pas à favoriser le dialogue avec l'adolescent qui leur reproche leur absence d'idéal, et refuse leur système de valeurs. Les parents, eux-mêmes, ne peuvent pas avoir donné à leurs enfants le goût de l'effort ni leur donner une foi dans des idéaux, si eux-mêmes semblent avoir surtout été préoccupés du confort matériel. L'adulte culpabilisé peut réagir par une démission de son rôle qui revêt deux aspects :

- soit le refus de tout dialogue, l'incompréhension avec un parti pris fréquent de tout interdire d'unefaçon paranoïaque ,
- soit un parti pris de tout permettre, c'est-à-dire une approbation totale de la révolte et par faiblesse l'acceptation même de comportements qui sont réprouvés en réalité. De la même façon qu'une mère peut tolérer les aventures d'une fille adolescente, le père ne veut pas paraître un "croulant" et manifeste une complaisance excessive envers l'adolescent. Celui-ci voit dans cette attitude la confirmation que la société ne peut vraiment lui offrir aucun idéal valable.

La "démission" peut avoir eu lieu depuis la prime enfance du sujet. En effet, un contingent notable d'adolescents suicidaires nous semble fourni par ceux que l'on pourrait nommer "les enfants du Docteur SPOCK" Ce célèbre pédiatre américain, voici 20 ans, avait bouleversé les notions classiques de pédiatrie en écrivant une véritable bible familiale du 20è siècle, où il prônait une liberté presque totale de l'éducation des enfants dans le milieu familial. Le nourrisson devait être nourri au biberon sur sa seule demande, sans horaires fixes, etc. L'éducation sur tous les plans devait s'avérer libérale pour le savoir-vivre, pour le sommeil ... En 1970, le Docteur SPOCK dans une nouvelle édition avoue lui-même son effarement et son découragement devant une génération d'enfants chez qui l'absence du goût de l'effort de la discipline, et de tout sens des valeurs morales semble avoir caractérisé une éducation toute de facilité.

Selon ses propres termes : "j'avais compté sur le bon sens des parents, ce fut mon erreur ... j'avais voulu décomplexer l'éducation et éviter la formation de refoulements chez des êtres très jeunes encore malléables".

Or, constate-il, le résultat fut le contraire du but recherché : ce furent les parents qui, anxieux et culpabilisés, s'avérèrent complexés, ils n'ont plus rien interdit aux enfants : tout leur étant permis, ceux-ci grandirent sans aucune discipline, se couchant tard le soir pour regarder la télévision, n'apprenant pas la propreté, etc...

En résumé, le Docteur SPOCK avoue à présent avoir malgré lui, contribué à former une génération de petits monstres inconscients ...

Dans sa nouvelle édition, il reconnait la nécessité d'une autorité parentale qui, tout en restant libérale, doit guider l'enfant et lui éviter l'anxiété d'être abandonné à lui-même. L'enfant ne peut devenir adulte si on ne lui apprend pas la nécessité de certaines contraintes et d'une sublimation pour un idéal commun. Le Docteur SPOCK dénonce en particulier la faiblesse des parents américains qui, par peur de n'être pas aimés par leurs en-

fants, croient pouvoir acquérir facilement cet amour par une liberté totale, sur le plan matériel par une gratification permanente, en devenant simplement des "camarades". En réalité, en perdant leur autorité des parents perdent à la fois l'amour et le respect de leurs enfants.

Un certain nombre de parents français semble avoir voici 20 ans lu l'ouvrage du Docteur SPOCK, en avoir eux-mêmes mal interprété l'esprit, ceci semble avoir conduit nombre de leurs enfants à emprunter la voie suicidaire.

Quelque soit le type de la "carence d'autorité", l'adolescent n'a pas pu affronter fructueusement ses parents, son père en particulier ; or il a besoin pour épanouir sa personnalité que ceux-ci affrontent le dialogue sans démission ni rejet. Il lui faut être accepté tel qu'il est ou croit être, même s'il [illegible] afin de pouvoir trouver réellement ce qu'il sera plus tard grâce à eux.

Dans les deux cas, l'adulte, c'est-à-dire le père complique et rend insoluble la crise de l'adolescent par sa propre crise. Il tient son rôle qui est d'abord d'offrir [illegible] réelle. [illegible] carence et de perversion de l'autorité. Le dialogue est rompu entre l'adulte et l'adolescent.

L'adulte semble supporter avec difficultés deux éléments [illegible] ressivité d'une part et d'autre part le silence.

- l'agressivité.

qu'elle s'exprime par des mots ou par le silence, elle semble une composante physiologique, plus ou moins refoulée de l'adolescent. Il faut qu'elle soit acceptée et analysée. L'adolescent semble avoir besoin que l'adulte en face de lui -son père- soit capable de supporter son agressivité, il lui faut trouver pour dialoguer une image virile assez forte et assez sûre d'elle pour ne pas réagir par une agressivité aussi anxieuse que la sienne, lorsqu'il éprouve le besoin de manifester d'une façon ambivalente et agressive son besoin "tout ou rien" et de remise en question des valeurs socio-familiales.

- le silence :

Pendant la crise de l'adolescence, le silence c'est-à-dire une absence apparente de dialogue est fréquente. Est-ce à cause de l'incompréhension mutuelle ou s'agit-il d'une étape nécessaire et même d'une forme particulière de dialogue pendant l'adolescence ?

La plupart des adolescents se plaignent (dans 75 % des cas) de l'absence de dialogue en milieu familial. Une enquête d'un journal méridional révélait que 230 sur 560 adolescents prétendaient que leurs parents et eux-mêmes ne se parlaient pas etbien sûr ne se comprenaient pas. En réalité, une "absence de dialogue" semble nécessaire et physiologique à un moment donné de l'adolescence.

L'adolescent doit s'opposer, pour se poser face à l'adulte, il lui faut même se révolter et rejeter d'emblée la voie proposée par le père car, pour trouver sa propre voie, surtout si celle-ci finalement s'avère peu différente de la voie d'abord méprisée des adultes. En fait, l'adolescent suicidaire se plaint plus de la mauvaise qualité du silence que du silence même qui existe entre lui et ses parents. Une certaine qualité du silence constitue le meilleur des dialogues, la mauvaise qualité du silence est en rapport avec l'incompréhension qui existe entre eux. Il est nécessaire que l'adulte déposi-

taire de l'autorité et du savoir, reste à la fois ferme, compréhensif et indulgent, il doit garder son calme, ne pas rejeter l'adolescent qui semble s'écarter de lui, mais au contraire l'aider à trouver sa voie.

Le plus dur semble alors pour le père d'accepter le silence de son fils, sans devenir à son tour anxieux ou agressif envers celui-ci ; Il ne peut pas admettre que l'adolescent à un moment donné ne lui parle pas ou cherche une autre image que la sienne. Il est même plus difficile de supporter l'apparente absence de dialogue que des échanges verbaux très agressifs.

De nombreux parents n'acceptent pas le silence de l'adolescent à ce moment critique de sa vie.

Ils cherchent à tout prix à le rompre, à "comprendre" et n'y arrivant pas, ils réagissent par une démission de leur autorité. Or, il faut respecter et ne pas rompre ce silence qui peut constituer une des meilleures formes du dialogue. Le dialogue des mots ne s'avère pas toujours nécessaire ni même toujours utile à un moment critique de l'adolescence. Il représente la seule forme de communication avec autrui que connaît l'adulte, mais il constitue du bavardage pour l'adolescent qui vit la maturation de sa personnalité et sa remise en question du monde comme quelque chose d'unique et d'indicible. L'adolescent éprouve le besoin d'être compris et aidé sans recourir aux mots en une communication extra-verbale intuitive et confiante. Elle réalise une complicité avec l'adulte quand celui-ci a la patience d'attendre, sans briser ce silence, que l'adolescent trouve son langage. Avant cette heure, le langage des mots semble purement formel et ne satisfait pas l'adolescent qui remet en question ce que la société a déjà jugé sous un vocabulaire d'adulte.

En résumé, non seulement le silence peut constituer une forme de dialogue d'une qualité rare, mais aussi la seule forme possible de communication avec l'adulte pendant la crise d'adolescence. Nous l'appelons le "silence dialogue".

Dans tous les cas l'exemple des parents s'il est valable estun fin de compte toujours suivi par l'adolescent. L'autorité véritable s'impose d'elle-même.

En face de la "carence d'autorité", qu'il s'agisse d'un autoritarisme maladroit, mal supporté par l'adolescent, traité alors en objet et rejeté par l'adulte, ou qu'il s'agisse d'une démission de l'adulte qui croit pouvoir devenir le copin ou le copine de son enfant, le but recherché n'est pas atteint, l'adolescent cesse de respecter l'autorité de l'adulte qui ne joue pas le jeu, et ne tient plus aucun compte de son avis. La démission d'autorité par faiblesse est peut-être la plus grave car elle rend l'adolescent anxieux et méprisant envers l'image adulte et il méprise encore plus son avis que celui du paranoïaque. Lorsque l'adulte s'en aperçoit, il n'y a plus d'autre solution que de démissionner totalement en laissant l'adolescent se débrouiller seul loin de lui, pour rejoindre dans uneattitude purement répressive l'anathème lancé contre le fils révolté.

Etre adolescent de 15 à 21 ans revient donc à n'être qu'un garçon ou une fille désireux d'exercer son droit à l'existence dans les différents milieux, familial et social, en tant que personne et sujet.

Pour pouvoir vraiment assumer les droits qu'il réclame et acquérir la maturité nécessaire, l'adolescent doit bénéficier de l'appui bienveillant des adultes, la société, mais en premier lieu de ses parents. Ce n'est pas toujours le cas. Certes, tous les adolescents ayant rencontré les difficultés avec les adultes ne passent pas à l'acte suicidaire, mais l'étude des conduites suicidaires chez l'adolescent montre que dans la presque totalité

des cas, l'adolescent n'a pas bénéficié d'un appui réel de l'adulte, le père n'a pas rempli son rôle. Dans la majorité des cas, le seul but de l'adulte pour l'enfant puis l'adolescent est de bien l'élever selon certaines normes sociales et bien l'instruire selon certaines normes scolaires.

Or, instruire ne suffit pas, mais au contraire sa maturation intellectuelle croissante rend l'adolescent désireux de tenir un rôle réel dans la société, ceci d'autant plus qu'il devient plus précoce sur le plan biologique. Mais, le monde des adultes lui refuse les droits qu'il réclame. Or, toute collectivité qui détient une autre collectivité sous sa dépendance politique et économique, surtout si elle augmente le dégré de santé biologique et de conscience de la collectivité colonisée, doit s'attendre à ce que celle-ci exige plus de responsabilités sur tous les plans.

L'adolescent est dans une situation de colonisé vis-à-vis des adultes et de leur société, sans doute cette colonisation est-elle nécessaire, mais critiquables par contre peuvent sembler certaines de ses méthodes et de ses contradictions.

Elles ne peuvent ne déboucher que sur deux solutions : soit une révolution face à la société adulte, soit une révolte sur le plan individuel ; en fonction de facteurs affectifs personnels, ce dernier cas peut se traduire par une conduite suicidaire.

Il faut reconnaître qu'un étudiant en Psychologie ou en Sociologie qui a choisi cette voie parce qu'il a lui-même des problèmes, et que l'on a isolé dans son université déshumanisée et au coeur d'une cité dortoir, sans lui procurer de débouchés professionnels après l'acquisition de son diplôme, ne peut adopter qu'une conduite révolutionnaire sur un plan collectif ou une conduite suicidaire sur le plan individuel.

En résumé, l'adolescent se trouve aux prises avec l'ambivalence [illegible] de la société et des adultes à son égard. La preuve en est l'existence [illegible]

[illegible]

[illegible] tentative de suicide [illegible]

[illegible] c'est-à-dire d'un moyen de communication [illegible] être parce que le langage des mots [illegible]

[illegible] tentative de suicide [illegible]

[illegible] d'une psychiatrie [illegible] sur 4 au maximum. La majorité est [illegible] lourde" mais par une [illegible] ou un langage suicidaire [illegible] peut ou non s'accompagner [illegible] dans un contexte [illegible]

d'une névrose, il existait des signes névrotiques antérieurs plutôt qu'elle ne s'intègre dans la névrose même. L'adolescent qui tente de se suicider après avoir présenté des troubles névrotiques est conduit à cette extrémité parce que la voie névrotique s'avère incapable de constituer une modalité satisfaisante pour résoudre un état de tension dans une situation conflictuelle donnée. De même peu de psychotiques semblent se suicider, et quand ils passent à l'acte même si ils le font sur un mode délirant ils n'ont de bonnes raisons pour le faire.

Ils protestent contre une situation conflictuelle, l'origine est le plus souvent familiale. On ne peut nier que le psychotique ou le névrotique se suicide et paradoxalement on peut dire que le vrai névrotique ou le vrai psychotique n'ont pas besoin de se suicider, leurs symptomes et la reconstruction d'un univers en dehors de nos normes leur suffisent. Le faible nombre des suicidaires psychiatriques peut s'expliquer par le rôle protecteur contre la conduite suicidaire que peut jouer une affection psychiatrique. Tant que les mécanismes psychotiques ou névrotiques jouent leurs rôles protecteurs, l'adolescent exprime ses problèmes affectifs et ses difficultés relationnelles à travers ses symptomes psychiques, il ne se suicide pas. Il finit par protester par une conduite suicidaire quand le mécanisme protecteur cesse de fonctionner. On pourrait dire paradoxalement qu'il faut être normal ou ne plus être psychiatrique pour vouloir se suicider. Il faut ne pas avoir la possibilité de protester à travers les troubles psychiques ou ne plus pouvoir se contenter de ce langage pathologique, quand la situation devient intolérable.

Ainsi Nicole Obs N° 93 tente de mourir après des troubles névrotiques hystériques. Sa vie lui semble insupportable dans un milieu familial où tout est interdit. La mère est froide et rejetante, le père est structuré sur un mode paranoïaque. L'adolescente se trouve donc dans l'impasse, mieux vaut mourir dans de telles conditions. Ses crises névrotiques en milieu familial ou scolaire ne servent plus à rien, elle n'a plus que la tentative de suicide pour exprimer sa protestation. Après son hospitalisation, le père modifie son attitude, la psychothérapie de soutien permet à l'adolescente de se rendre compte de son immaturité. Elle ne désire plus mourir, car la vie lui semble à nouveau possible, même si l'ambiance familiale redevient peu satisfaisante. Devant le père à nouveau paranoïaque, elle présente des troubles névrotiques avec une somatisation sur la sphère cardio-vasculaire.

2) la tentative de suicide ou seule moyen de protestation

Dans la majorité des cas, la tentative semble constituer un langage et surtout un moyen de communication ayant valeur de protestation. Il s'agit de sa seule forme de protestation qui reste à l'adolescent contre une situation qui lui paraît intolérable. Malgré le caractère apparent de chantage, nous parlerons avec G. PASCALIS (75) de "mise en demeure", ce qui rejoint quelque peu l'"appel à l'aide" (Cry for help) de GORCEIX (42).

La conduite suicidaire réalise en fait le seul acte significatif dans une communication extra-verbale, où l'adolescent s'exprime au niveau de son corps.

Cette communication est non verbale parce que toute communication verbale s'est jusqu'à présent révélée inefficace. Elle se situe en fait plus dans une demande désespérée de vivre que dans un désir profond de mort. L'adolescent refuse une certaine forme de vie. Il s'exprime en jetant dans cette forme d'expression tout le poids de son corps dans la balance parce qu'il se trouve à l'aube de sa vie d'adulte. Celle-ci lui apparait comme interdite, il accepte alors de mettre à la fois sa vie et son corps en jeu parce qu'il n'a pas le droit à la parole. Plus que des droits à exercer, il a surtout des

corps est au centre de tous ses problèmes c r c'est à travers

a) dans un enfer affectif réel : les conditions de vie peuvent s'avérer vraiment intolérables -dans certaines absences totales de structure familiale. C'est le cas d'adolescents de l'Assistance Publique qui ne supportent pas leur isolement affectif.

- dans certaines structures familiales réellement pathogènes : l'adolescent peut n'être pas accepté par un couple parental psychiatrique -une mère névrotique avec un père éthylique.

- le suicidaire peut avoir été enfant l'artisan d'un mariage forcé ou la preuve gênante d'une liaison antérieure de la mère.

- enfin dans certaines structures familiales incomplètes il peut s'agir d'adolescentes unies avec leur mère dans un couple pathologique avec rejet d'une image paternelle.

b) dans des conditions de vie simplement pénibles : soit dans le milieu familial, soit dans le milieu scolaire, elles sont trop difficiles à supporter pour l'adolescent qui ne voit plus que la conduite suicidaire pour mettre en demeure les adultes de changer ses conditions de vie.

- en milieu familial, c'est le cas des adolescentes qui doivent remplacer dans la famille la mère malade ou disparue -en milieu scolaire, c'est le cas des adolescentes isolées en internat loin de leur milieu familial récemment transplantées elles ne supportent pas cette solitude et la tentative met en demeure les parents de les retirer de la pension. Ainsi Anne-Françoise Obs N° 106, Annie Obs N° 107.

c) une perturbation de la structure familiale :

le suicidaire proteste contre la mésentente ou la dissociation du couple parental. Dans tous les cas, il y a de façon plus ou moins consciente une mise en demeure de changer l'état de fait actuel pour retrouver un équilibre harmonieux antérieur.

- la non acceptation d'un divorce ou d'un remariage : le divorce est rarement accepté par l'adolescent qui refuse toujours le nouveau conjoint. Il n'admet pas que le père ou la mère refasse leur vie , il regrette l'état antérieur qu'il vit de façon fantasmatique comme un âge d'or alors qu'en général il l'a rarement vécu comme tel. Il met en demeure de façon naïve et irréaliste ses parents de reconstituer l'union qui lui a donné le jour. Tout se passe comme s'il n'admettait pas la dissociation de couples dont le désir même passager a provoqué sa venue. Il cherche en vain sa propre vérité. Un enfant a besoin de se situer par rapport à ses parents, et de connaître sa propre vérité, cela lui est difficile en face d'un parent réel remarié avec un étranger qui est le papa et non le père ou la maman mais non la mère. Ce couple artificiel ne représente pas la vérité de l'enfant qui se demande pourquoi le ménage de ses parents réels s'est dissocié. Était-ce à cause de lui, était-il accepté ? Il faut lui faire comprendre qu'il est né du désir de deux êtres -ses parents- qui l'ont fait parce qu'ils le désiraient. Après seulement les choses se sont gâtées entre eux, personne n'y peut rien. L'important pour l'enfant est de retrouver la vérité de ses parents réels, donc la sienne propre, seule la verbalisation de ce problème calmera son anxiété et lui fera accepter la situation familiale actuelle.

- la non acceptation d'une mésentente chronique entre les parents : l'adolescent n'accepte pas d'être le témoin de scènes conjugales et de voir les deux protagonistes tenter de le mettre chacun dans leur jeu. Il est pris à témoin et surtout obligé de prendre parti. S'il en profite pour retirer les avantages, en particulier sur le plan matériel, c'est au prix d'une carence totale d'autorité parentale et d'un mépris très amer de l'adolescent qui ne respecte plus rien à commencer par sa propre vie. Les cas les plus graves semblent ceux des adolescents obligés de s'interposer entre les deux parents et surtout

de servir d'arbitre du conflit conjugal. Ce fardeau est trop dur pour leurs épaules d'adolescents, ils protestent par la conduite suicidaire.

- [illegible] : le coup de tonnerre dans un ciel familial jusqu'ici sans nuages peut être [illegible] résolus peut alors intervenir dans la genèse de la tentative. Plus rarement, un épisode judiciaire met en cause la respectabilité des parents. L'adolescent ne supporte pas la déception causée par la chute de ses parents d'un [illegible] des parents ne permet pas une explication franche capable de dédramatiser la situation et d'empêcher l'adolescent de passer à l'acte.

2) La mise en demeure de permettre une vie d'adulte :
l'adolescent [illegible] l'interdiction de vivre la vie de l'adulte qu'il entend devenir, en particulier sur le plan affectif. Il met en demeure des parents de type rigide et la société de lui accorder sa liberté - une liberté à laquelle il s'avère rarement préparé - il proteste surtout contre un statut infantile imposé par une pression éducative bienveillante souvent, mais trop pesante. La tentative est le plus souvent directement motivée par l'interdiction d'une sortie, un peu moins souvent par le hola mis par les parents à un flirt ou une fréquentation sentimentale plus sérieuse. Dans ce groupe, le sexe féminin fournit ce contingent d'adolescentes qui semblent plus âgées que leur âge réel et qui prétendent vivre une vie de femme et non plus la vie de la fillette qu'elles restent aux yeux de leurs parents . Le sexe masculin voit ce contingent d'adolescents chez qui les parents trouvent normal d'exiger une précocité intellectuelle sur le plan scolaire et d'interdire cette précocité sur le plan de l'affectivité et à plus forte raison de la sexualité. Les parents ne tolèrent pas le succès de leur enfant que dans certains domaines qu'ils ont choisis. Ils s'avèrent intolérants envers le succès dans d'autres domaines qu'ils ne permettent [illegible] d'aborder en fonction de leurs critères moraux et soci[illegible] de "tolérance aux succès permis" et "d'in[illegible]" de la part des parents.

3)"L'appel à l'aide"devant une frustration
L'adolescent proteste contre un traumatisme ou une frustration que lui inflige la vie. La frustration est le plus souvent d'ordre affectif : la classique déception sentimentale. Moins souvent il s'agit d'un problème professionnel -menace de revoi- ou scolaire -peur d'avouer une sanction ou un échec. La tentative de suicide survient dans un climat familial apparemment non dissocié où l'adolescent ne semble pas maintenu dans un statut infantile de façon rigide. Elle traduit une incapacité de surmonter de façon positive les premières difficultés rencontrées dans l'évolution naturelle vers la vie d'adulte désirée. L'adolescent ne supporte pas la frustration,

il trouve la vie décevante en général, mais ses reproches visent plus directement le milieu familial lui-même.
La déception sentimentale n'est qu'une motivation apparente. L'adolescent reproche à sa famille de l'avoir laissé désarmé et immature devant la vie. Les parents ne comprenant pas ce qui s'est passé, ils s'avouent dépassés par les événements. Une carence d'autorité et de dialogue dans le milieu familial n'a pas préparé l'adolescent à surmonter une frustration, quand il l'affronte, comme il n'a pas l'habitude de solliciter et la possibilité de recevoir une aide parentale réelle il perd pied et proteste par sa tentative. Il met en demeure son entourage de l'aider à supporter la frustration et surtout de faire cesser cette situation de "manque" qu'il ressent dans le milieu familial.
La frustration en elle-même s'avère contingente, elle agit en tant que catalyseur de la situation.
La déception sentimentale intervient parfois en tant que réviviscence de traumatismes affectifs antérieurs et de conflits mal résolus pendant la période oedipienne.

On voit donc que ces diverses catégories, qu'il s'agisse de milieux familiaux unis ou dissociés, présentent un facteur commun : l'absence d'autorité réelle des parents et du père en particulier se traduisant par une absence de dialogue. L'adolescent resté seul met par sa tentative le milieu socio-familial en demeure de modifier une situation intolérable.

L'importance des facteurs familiaux dans la genèse de la tentative de suicide est telle que leur étude s'avère nécessaire si l'on veut comprendre l'adolescent suicidaire.

Pour tenter de mieux connaître l'adolescent suicidaire et son milieu familial, nous étudierons d'abord les structures familiales qui semblent les plus fréquentes, ensuite quelques types de relations familiales qui en découlent.

I Les STRUCTURES FAMILIALES (tableau N° 23).

Certaines structures familiales caractérisées par l'absence ou l'incomplétude physique ou psychologique sont bien connues. Nous les décrirons rapidement. Par contre, nous insisterons sur des structures familiales moins connues, caractérisées non par le "manque", mais par "l'excès". Nous envisagerons également des structures d'exclusion de la cellule familiale.

Ces termes de "manque" ou "excès" expriment une notion quantitative. Nous les utilisons faute de meilleurs terminologie car plus que la quantité c'est la qualité qui est importante dans les structures familiales, et la dynamique qui en découle. La présence physique même de parents qui tiennent mal leur rôle s'avère une qualité par rapport à l'absence physique. Il reste toujours possible en effet d'agir sur une structure familiale défectueuse mais qui a le mérite d'exister alors que son absence constitue un vide sur lequel nous ne pouvons agir. Aucun substitut ne remplace la structure originelle absente.

A. Les Structures de "manque" ou d'absence

Cette absence peut être de nature différente -soit physique par absence de fait des deux ou d'un des parents, soit absence psychologique par carence parentale avec présence physique des deux parents. Cette structure d'absence peut être perçue comme telle par l'adolescent dans le cas de structures familiales désunies ou dissociées par un divorce suivi ou non de remariage, cette dissociation n'est pas admise par l'adolescent qui n'accepte pas le parent de remplacement. On se trouve de toute façon devant l'absence du parent réel.

1) L'absence physique

Elle peut réaliser une absence totale ou partielle de structure familiale dans 30,6 % des tentatives vues en consultation et 39,3 % des hospitalisations.

a) absence de toute famille

L'adolescent dépend de l'Action Sanitaire et Sociale dans 7 % des suicidaires hospitalisées. Il proteste contre sa triste vie privé de toute affection. (Annie Obs N° 85). Mais il ne peut pas légalement s'occuper de son enfant, lui l'adulte s'il existe au loin, et s'il le pouvait l'action serait très pathogène. L'adolescent suicidaire proteste contre l'absence de cette famille réduite à une image paternelle pathogène (Alain Obs N° 102). Rarement la tentative s'inscrit dans une quête désespérée de la famille quand existe l'espoir de retrouver le père ou la mère jamais connus jusqu'à présent (Pierre Obs N° 61).

b) Absence physique de père

Le père est décédé dans plus de 8 % des cas -Alors que le nombre d'enfants orphelins de père n'excède pas 1,5 % dans la population témoin.(Serge Obs N° 60). Le père a plus rarement abandonné la mère pendant la prime enfance de l'adolescent. Marie-Lise(Obs N° 46), apprend pendant sa phase de latence que ce père n'est pas son vrai père, ou bien la mère est abandonnée avant même la naissance (Bernadette Obs N° 40) elle-même enceinte, élevée sans père. La mère n'a cessé de lui répéter que les hommes ne valent rien. L'absence physique est provoquée par une séparation ou un divorce : 15 % parmi les consultations, 16,7 %

perm[illegible] les hospitalisations. Parfois un père très pathogène a traumatisé sa fille (Noëlle Obs N° 7?). [illegible] le père [illegible] en raison d'une maladie le plus souvent psychiatrique, il est interné (Obs N° 47, Thérèse). [illegible] très pathogène souvent sur un mode dissociatif pour l'adolescente (Obs N° 46, 47, 49, 76), parfois sur un mode névrotique (Dominique Obs N° 7?). Nous étudierons ce couple mère-fille ultérieurement.

c) Absence physique de la [illegible]

Parfois la mère est décédée (2,6 %) (Jean-Claude Obs N°56)(Rolande Obs N° [illegible]). [illegible] sanatorium [illegible] des cas) (Marie-Christine Obs N° 72).

On trouve ici un contingent d'adolescentes obligées d'assumer le rôle de mère de famille en s'occupant de l'intérieur familial et d'une fratrie [illegible] centes, leur désir de fuir cet "enfer domestique" n'est pas compris par un père exigeant, souvent aigri, parfois éthylique (Zora Obs N° 74) et même par la fratrie (Martine Obs N° 75). La conduite suicidaire par sa gravité même devient la seule modalité possible de protester et surtout d'obtenir que change cette situation insupportable, l'adolescente a en général gain de cause grâce à l'obtention en particulier d'une aide familiale au foyer et surtout grâce à moins de rigidité de la part du père.

2) L'absence psychologique

[illegible] psychologique dans une structure parentale apparemment normale. L'adolescent a en face de lui son vrai père et sa vraie mère, mais il rencontre soit des parents "démissionnaires" soit des [illegible].

a) les pa[illegible]

Nous réservons ce terme de G. PASCALIS aux parents dont la présence n'est que de pure forme dans la vie de l'adolescent

-"le père formel" : ou bien le père est toujours absent, absorbé par son travail, il semble parfois fuir ses responsabilités dans une activité professionnelle dévorante [illegible] présent que de façon épisodique, mais d'une [illegible] laires chez ses enfants. Le dialogue réel n'existe [illegible] ils ont tout ce qu'il faut, il ne leur manque rien...

D'autres pères physiquement présents rentrent chaque jour [illegible] leur journal, devant leur télévision qu'ils semblent fuir. Ceci ne favorise pas le dialogue.

Certains pères ne semblent préoccupés que par l'aspect matériel et confortable de la vie, le principal est que la famille et les enfants ne manquent de rien sur ce plan. Ils y arrivent d'autant plus qu'ils se [illegible] à la tâche dans ce but, et très sincèrement ils s'exclament : "il ne lui a pourtant rien [illegible] Docteur ! ". Ils décrivent l'appartement, les voyages offerts à l'adolescent [illegible] Il n'a manqué qu'une présence réelle du père avec l'autorité, le [illegible] peu plus d'idéal.

Dans tous les cas, le père est caractérisé par son rôle surtout nourricier et végétatif. Il n'intervient dans la réalité quotidienne que pour faire bouillir la marmite, en ramenant la paye à la fin du mois. Il a renoncé au rôle plus important qu'il devrait jouer sur les autres plans pour l'adolescent.

-"la mère formelle"

La mère elle-même peut être très absorbée par son métier si elle en a un, ou par des activités plus souvent mondaines que sociales, elle sort beaucoup, parfois s'occupe très activement des affaires et des enfants d'autrui, alors qu'elle délaisse les siens,ainsi certaines nourrices à qui l'Assistance Publique confie des enfants, voient leurs propres enfants s'organiser sur un mode caractériel et passer à l'acte suicidaire (Chantal Obs N° 99), ainsi certaines mères travaillant dans l'enseignement s'avèrent d'admirables professeurs ou institutrices, mais trop absorbées par leur métier qui est une vocation, elles ne voient pas leurs enfants.Incapables de régler leur propres problèmes. Adolescents, ils protestent par une conduite suicidaire (Eric Obs N° 52).

Il peut s'agir d'une mère maternante et une femme d'intérieur. L'important pour elle est que l'enfant soit bien habillé et nourri, qu'il ne prenne pas froid. Ce maternage est mal supporté par l'adolescent, en qui elle voit toujours son petit enfant. Elle ajoute un verbiage moralisateur sur un mode peu attrayant. Son horizon est limité à l'intérieur familial qu'elle entretient avec une méticulosité presque obsessionnelle, et aux membres de sa famille. Ceux-ci et surtout les adolescents, ont plutôt tendance à fuir, asphyxiés et excédés.

b) les parents démissionnaires

- le père démissionnaire : Il peut avoir démissionné d'une façon passive et évidente, réalisant une caricature du père formel. Son rôle est ici exclusivement nourricier. Cette démission a lieu devant une épouse très phallique qui porte la culotte dans le ménage et le domine, pour elle l'homme ne compte pas (Catherine N° 76, Marie-Noelle Obs N° 82).

La démission peut avoir lieu d'une façon active, le père croit pouvoir conserver son autorité et acheter l'estime et l'affection de l'adolescent en permettant tout, en devenant un copain et non plus un père. Il perd tout à la fois. Sans aller jusqu'à cette démission extrême, le père peut avoir toujours cédé aux désirs de sa fille -elle y est habituée et lorsqu'il a un sursaut d'autorité et interdit par exemple une sortie, l'adolescente "passe à l'acte" pour le punir et "l'embêter à travers elle", la tentative est la réponse à la sanction. (Pascale Obs N° 97).

- la mère démissionnaire : le plus souvent une mère possessive se conduit de façon trop faible et gratifiante à la fois pour"garder son enfant". Elle le gâte trop, sans jamais lui apprendre à contrôler son besoin de plaisir, il n'a eu que des droits, aucun devoir et il lui faut tout immédiatement. Aucune intériorisation d'un sur-moi réel n'a lieu et l'adolescent, n'ayant pas expérimenté le principe de déplaisir, reste intolérant à la frustration. Il réagit alors sur le mode suicidaire (Chantal Obs N° 99) et surtout s'il est menacé par sa mère d'être confié au Juge des Enfants ou au Bon Pasteur (Micheline Obs N° 104).

Cette démission de la mère se rencontre :

+ quand l'enfant présente une maladie grave ou un accident dans la prime enfance, parfois il était simplement "fragile", l'adolescent est couvé parce que la mère a eu peur de le perdre enfant.(Françoise Obs N° 69)

+ quand il s'agit du "petit dernier" que de nombreuses années séparent de l'avant-dernier enfant. Plus les parents sont âgés plus ils ont tendance à se conduire en grands-parents avec lui. (Chantal Obs N° 99 est maternée par des parents âgés qui ont toujours fait ses quatre volontés, l'adolescente immature et intolérante à la frustration les met en demeure par sa tentative de céder à ses exigeances, puis de régler ses problèmes comme ils l'ont toujours

fait. La mère "copine" [illegible] jeune que sa fille et croit résoudre tous les problèmes sans donner une image d'adulte. Sa personnalité même est [illegible] la mère a elle-même tenté de se suicider (Jacqueline Obs N° 58).

Ces structures de "manque" sont classiques car elles traduisent une carence d'autorité évidente, d'autres structures sont par contre moins connues.

B. Les Structures d'"Excès"

Elles peuvent concerner l'image paternelle ou maternelle.

1) le père rigide

Il fait preuve au premier plan d'une autorité rigide qui révèle parfois une structure de caractère paranoïaque. Ceci se traduit peu souvent par des punitions disproportionnées par rapport aux fautes, mais surtout par une interdiction de toute sortie et une méfiance envers toute liberté laissée à l'adolescent. Il ne manifeste aucune tendresse, il impose son autorité de façon coercitive et surtout il ne tolère aucune discussion.

Le plus souvent ce père d'origine modeste est travailleur manuel, il se saigne aux quatre veines et travaille d'arrache pied pour permettre à ses enfants de faire des études. Il y attache d'autant plus d'importance qu'il n'a pu lui-même faire d'études et il est hanté par la peur de voir l'adolescent échouer dans le domaine scolaire, et ainsi ne pas accéder à un niveau social supérieur. Quand il a lui-même été malheureux dans son enfance, surtout sur le plan matériel il ne veut pas que ses enfants connaissent ce qu'il a connu, aussi fait-il tout pour assurer leur sécurité matérielle en même temps que leur accession au statut d'intellectuel. Il se conduit envers l'adolescent de façon aussi rigide et aussi exigeante qu'envers lui-même et le résultat paradoxal est souvent une conduite suicidaire de l'adolescent qui voit en son père, et surtout se voit imposer les vues paternelles sur un mode trop rigide et aucun dialogue possible (Serge Obs N° 64, Nicole Obs N° 93).

Sur un autre plan, vis-à-vis de l'adolescent en particulier, le père très souvent se rappelle trop sa propre jeunesse et tous les dangers court une jeune fille dans la vie, aussi interdit-il les sorties et se manifeste-il aucune confiance surce sujet, interdisant bien sûr [illegible], parlons même toute camaraderie masculine (Nicole Obs N° 93).

2) la mère rigide

Elle adopte une attitude répressive et coercitive systématique, elle surveille le courrier et interdit toute sortie en pratique. L'adolescente ne peut avoir aucune fréquentation masculine et sortir en tout bien tout honneur comme les jeunes de son âge. Si elle fréquente un garçon la mère y met un véto. En général, c'est après l'interdiction d'une sortie ou après le mois mis à la fréquentation d'un garçon que l'adolescente passe à l'acte suicidaire.

A côté de cette mère rigide, l'image paternelle est dévalorisée, inexistante, pathogène. Le climat conjugal est de toute façon perturbé. Deux catégories de mères rigides peuvent être individualisées :

+ la mère malheureuse en ménage : elle est rigide pour le bonheur de sa fille. Son mariage est un échec, en général parce que le mari s'est révélé un caractéropathe le plus souvent éthylique violent. L'alcoolisme provoque des scènes conjugales fréquentes et même des voies de fait contre la mère. Elle gâche sa vie, et reporte son affection sur ses enfants, elle n'est plus épouse, mais surtout mère. Elle veut alors empêcher sa fille de gâcher sa propre exis-

tence par un mariage précoce malheureux comme le sien ou une possible grossesse avant le mariage (surtout si la mère enceinte a épousé son mari). Avec les meilleures intentions du monde, elle interdit les sorties de façon rigide : "je ne veux pas qu'il lui arrive la même chose qu'à moi" ditla mère de Micheline (Obs N° 92). Pour éviter que sa fille puisse être malheureuse dans l'avenir, elle lui interdit donc tout bonheur immédiat, ne pouvant recourir au père, élément pathogène à la base du conflit familial, l'adolescente proteste par sa tentative desuicide.

La mère inquisitrice: elle surveille la vie de ses enfants de façon tyrannique et inquisitrice. Si lastructure familiale est complète, le père est effacé et écrasé par sa personnalité, il ne porte pas la culotte dans le ménage. Il peut trouver une compensation dans l'éthylisme de façon réactionnelle ou névrotique très orale mais en général sans troubles caractériels graves ou disputes familiales clastiques.

Si la structure est dissociée, le plus souvent l'adolescente vit avec sa mère divorcée -à son profit, le mari a abandonné le domicile conjugal, mais on peut se demander s'il ne l'a pas fait pour fuir une personnalité pathogène chez son épouse- ainsi la mère de Martine (Obs N° 94) s'avère tyrannique, envahissante, exige impérieusement de savoir si sa fille est encore vierge, elle ordonne au médecin de l'examiner après sa tentative. Ce genre de mères traîne sa fille chez le médecin pour faire vérifier son intégrité physique au moindre doute.

3) Pression éducative rigide des deux parents

Elle peut revêtir deux aspects :

a) une"expression rigide" de l'éducation

Les deux parents, d'un commun accord, expriment sur un mode rigide et peu compréhensif leurs idées très strictes sur le plan éducatif. L'adolescent est soumis à une pression éducative bienveillante mais trop lourde. Le climat affectif ne semble pas froid, la forme est rigide parfois maladroite. Ils n'admettent pas le principe de faire confiance à l'adolescent pour ses sorties et jouir d'une certaine liberté. Les adolescentes désireuses de vivre dans leur siècle se rebellent contre ces conceptions traditionnelles qui leur semblent relever d'un autre âge. Ainsi Catherine (Obs N° 91) veut vivre au 20è siècle. Ces adolescentes sont souvent plus âgées et plus mûres que leur âge chronologique. Les parents admettent qu'elles paraissent 18 ans alors qu'elles n'en ont que 14 ou 15. En réalité, ils n'ont pas choisi entre la considérer comme une petite fille ou comme une femme.

La tentative survient d'autant plus que la pression éducative rigide s'exerce sans dialogue avec les parents; ceux-ci interdisent et menacent de sanctions, mais ils n'ont jamais expliqué pourquoi les interdictions peuvent être nécessaires dans l'intérêt même de l'adolescente ; les sujets tabous de la sexualité n'ont en particulier jamais été abordés, les parents n'osent pas faire l'éducation sexuelle de leurs enfants.

b) "l'oppression éducative"

Non seulement la pression éducative est lourde, mais moins bienveillante. Le couple parental rigide donne une impression d'inaffectivité avec une véritable obsessionnalisation des valeurs morales. On peut parler "d'oppression éducative" et on pourrait les ranger dans les structures d'exclusion devant cet aspect de rigidité et de froideur vis-à-vis de l'adolescent. Les séparations itératives de la prime enfance sont fréquentes dans ce cas (Sylviane Obs N° 90).

On peut se demander si la rigidité [illegible] une forme de refus de l'enfant mal [illegible] interdit et surtout vivre normalement.

[illegible]

[illegible]

1) les enfants temoins

a) ce sont des enfants "adultérins" nés en dehors du mariage légal, ou des enfants "naturels" nés avant le mariage ou plus souvent nés au début de celui-ci. Ils sont reconnus par le mari qui donne son nom à cet enfant dont il n'est pas le père, mais il ne pardonne pas à sa femme l'enfant qu'il n'a pas procrée et il le poursuit de sa haine, surtout s'il s'agit d'une fille. [illegible] La mère prend rarement le parti de son enfant, le plus souvent il constitue pour elle le témoin gênant de son passé, un muet reproche en permanence devant ses yeux, il lui rappelle le vrai père. L'enfant témoin constitue un "accident de terrain" dans le sens géologique du terme. La mère bute en permanence contre [illegible] sence physique comme l'on se heurte au seul obstacle qui rend pénible un [illegible]

[illegible] fois le père légal est bien le vrai père -hélàs dit la mère- car l'enfant est l'artisan et le seul [illegible] mariage. Sans lui la mère ne se serait pas mariée, le mariage s'est révélé un échec. Le mari est un éthylique brutal dans la plupart des cas. La mère se conduit alors de façon agressive et rejetante envers "l'enfant accident" ou "l'enfant catastrophe". L'adolescent est même battu. Dans les deux cas, que le père légal soit le vrai père ou non, l'enfant est toujours assimilé au père réel et mal aimé, la mère lui répète sans cesse : "tu es bien comme ton père, tu lui ressembles". Les deux conjoints s'unissent dans l'agressivité contre l'enfant témoin : Fabrice Obs N° 53. L'adolescent s'organise sur un mode défensif caractériel, parfois même paranoïaque mais il peut se décompenser sur un mode schizophrénique.

2) les [illegible]

[illegible] mais non désirés ils sont des accidents de parcours, plus [illegible] de la vie familiale.

a) parfois l'exclusi[illegible] fait d'un seul conjoint plus souvent la mère que le père. Celui-ci [illegible], lointain. Ainsi Régine Obs N° 67 est détestée par une mère qui [illegible]. Elle n'a plus que la conduite suicidaire pour protester. Yves [illegible] décompense sur le mode dissociatif entre sa mère rejetante et son [illegible]". Non désiré, il est né peu après le mariage. Gilbert Obs N° 50 ne s'est jamais entendu avec ses parents, sa mère s'en est séparée en permanence pendant sa prime enfance.

b) les enfants martyrs de couples pathogènes. Parfois les deux [illegible] et protester contre celui-ci, que par une conduite suicidaire, il s'agit de couples psychiatriques qui associent fréquemment une névrose grave chez la mère et un éthylisme avec caractéropathie chez le père.

Ainsi Alain Obs N° 70 élevé pendant sa période de latence par sa grand-mère proteste contre ses parents par des conduites suicidaires répétées, contre une mère paranoïaque qui le rejette et un père éthylique violent.

Après chaque hospitalisation les parents font échouer toutes les tentatives de réinsertion socio-professionnel de leur fille, un internement s'avère inévitable. Claudine Obs N° 68, est rejetté par un père éthylique et une mère névrotique qui la détestent au point de l'avoir ébouillantée. L'adolescente veut à nouveau mourir après avoir été jetée à la rue sans travail ...

Ces cas d'enfants martyrs ne sont heureusement pas très fréquents. La mère semble rejetter l'enfant d'une façon agressive parce qu'elle a intériorisé en même temps qu'elle le portait une mauvaise image de lui. Elle le ressent comme dangereux et nocif, comme un mauvais objet interne introduit malgré sa volonté en elle par le conjoint pathogène et parfois éthylique.

l'enfant imposé ressemble à ce mari terrifiant, elle le hait pour cette raison.

II Les RELATIONS FAMILIALES

Elles s'effectuent sur le mode de "la dévoration réciproque". Elles surviennent alors dans des couples parentaux perturbés dont les rôles sont inversés. Il peut s'agir de "familles moralisantes" avec couple obsessionnel, enfin chez les couples déséquilibrés et peu harmonieux la mauvaise entente conjugale entraine la formation de couples anormaux parents-enfants.

1) les couples "mère-dévorante -père nourricier".

Selon un des types de mères décrit -mère possessive ou phallique- l'adolescent suicidaire se trouve devant un couple parental où les rôles sont inversés, le père formel ou démissionnaire remplit une fonction purement nourricière et n'existe que pour assurer la subsistance végétative de la famille. Il est en fait exclu par la mère et ne joue aucun rôle dans l'éducation de l'adolescent. Après avoir dévoré son mari, la mère dévore l'adolescent s'il survit elle peut même tenter de "dévorer" le gendre ou la belle-fille.

2) les couples moralisateurs

Le couple parental est conformiste, il exige le respect des valeurs morales sur un mode paranoïaque ou obsessionnel.

a) parfois un intellectualisme rigide s'accompagne d'une absence de chaleur affective.

b) une pression éducative lourde peut s'exercer sur l'adolescent, de façon non pas paranoïaque mais tatillonne et moralisatrice. L'adolescent étouffe dans un milieu familial trop bien rangé, près d'une mère maniaque de la propreté et qui exprime ses interdictions sur un ton moralisateur.

c) une dissociation idéo-affective est fréquemment introduite par ces couples moralisateurs dans la vie de l'adolescent. Ils exigent de l'enfant d'être en avance sur le plan intellectuel mais lui interdisent une vie affective aussi précoce. Il ne peut se comporter de façon autonome, maintenu dans l'ignorance des problèmes sexuels que les parents moralisateurs n'osent pas aborder, l'adolescent finit par protester en voulant mourir.

d) ces couples moralisateurs ont souvent des adolescentes "paraissant plus que leur âge". à 13 ou 14 ans, elles paraissent plus âgées que leur âge réel, elles suivent la mode et semblent avoir 18 ans. Ceci ne déplait pas aux parents, mais ils ne les accordent que les droits en rapport avec l'âge de son état civil, ils lui refusent une liberté et surtout une confiance en rapport avec son âge apparent. L'ambivalence existe à la fois chez l'adolescente et ses parents : est-elle encore une petite fille ou déjà une jeune femme ?

Seule la protestation par la conduite suicidaire pose réellement le problème dans les relations familiales.

3) les couples parentaux désunis

La perturbation des relations entre les parents entraîne la formation de [illegible] avec un enfant, l'autre conjoint est exclu ou s'exclu lui-même de ce nouveau couple. Chacun des parents peut même former un couple avec un de ses enfants : "chacun a le sien". Il peut alors utiliser l'enfant contre son partenaire. Ces"couples artificiels" [illegible] conjugale, d'autant plus nocive pour l'enfant que l'un des parents lui repète sans cesse : "tu ressembles à ton père" ou "tu es bien comme ta mère". Cette identification permanente à un conjoint [illegible]

Nous distinguons plusieurs couples artificiels :

a) les couples père-fille :

La fille n'a pas dépassé sa rivalité avec la mère, celle-ci reste en général lointaine ou froide et rejetante -elle n'aime pas sa fille qui demande, elle, a être aimée et acceptée, surtout en tant que femme. Or la mère lui répète "tu es comme ton père", c'est-à-dire : "je ne t'aime pas". La fille forme un couple avec son père, elle érotise la situation, elle s'entend si bien avec lui. Il surveille ses sorties, mais souvent il ne sait rien lui refuser. S'il lui arrive d'interdire un flirt ou une sortie, elle explose et peut passer à l'acte suicidaire comme Pascale Obs N° 97. Parfois, au contraire, le père n'accorde pas de permissions parce qu'il ne veut pas que sa fille coure des risques qu'il connait. Ce mode de relations s'avère dangereux parce que si le père vient à disparaître, l'adolescente n'a plus cette relation de couple artificiel avec lui, elle s'effondre car elle retrouve femme non acceptée en tant que femme devant sa mere. Elle ne peut pas supporter cet affrontement. En pratique, la conduite suicidaire apparait encore plus fréquemment dans le prolongement de l'adolescence chez la femme jeune avant la trentaine.

[illegible]

[illegible] du père et s'observent dans des structures psychiatriques variées chez les adolescentes suicidaires. Il s'agit d'une véritable symbiose entre la mère et la fille qui satisfait l'une et l'autre. Moins souvent, il s'agit de rapports de destruction mutuelle, réellement sado-masochiste. La fille du couple peut être psychotique ou non.

- couples mère-adolescente non psychotique : rarement il s'agit de la non acceptation par l'adolescente, du remariage de sa mère. Caractéropathe grave, elle torture par ses troubles du comportement sa mère dépressive profonde, elles réalisent toutes deux un couple sado-masochiste qui se détruit lentement. On observe plus souvent une adolescente suicidaire qui vit avec une mère possessive et phallique dans un véritable cocon. Ainsi Catherine Obs N° 76 dont le père éthyliqueest un habitué des Services psychiatriques. La mère parle de "ses deux bébés".

- couples mère-adolescente psychotique : Rarement il s'agit d'un couple parental dissocié en raison de troubles graves psycho-pathiques chez le père, parfois [illegible] à l'égard de sa fille. L'adolescente forme un couple très pathogène avec une mère très possessive qui s'est reportée sur elle. Pour Noelle Obs n° 79, la mort semble la seule solution possible, la viciation de l'image paternelle lui interdit de vivre.

Dans certains cas, l'enfant peut tenir la "place du mort" décrite par G. PASCALIS dans les structures psychotiques (75). Ainsi Dominique, Obs N°77 a reçu ce prénom pour remplacer dans la vie de la mère une enfant mort-née. Elle

devient psychotique car dans l'esprit de la mère elle n'a pas le droit de vivre pour elle-même, et n'existe que pour représenter sa soeur décédée.

On observe plus rarement des couples mère-fille sans père. Celui-ci fuit avant même la naissance de l'enfant.

La majorité de ces couples artificiels est formée par des structures parentales existantes par une mère phallique qui a écrasé le mari dont la personnalité est faible. La fille est façonnée à son image et élevée dans la certitude que les hommes ne valent rien et sont taillables à merci.

c) les couples mère-fils : ils revêtent soit un amour archaïque pré-génital soit a une mauvaise résolution du conflit oedipien.

- dans le premier cas, une"mère de schizophrène " réalise une véritable symbiose avec son fils dissocié resté bébé près d'elle. Parfois l'adolescent est resté à un stade oral vis-à-vis de sa mère, puis de ses substituts. Il demande le sein en permanence, il faut qu'on le nourrisse et qu'on agisse à sa place. Ceci donnedes personnalités immatures et psychopathiques très instables avec passage à l'acte très facile et impulsif devant les difficultés de la vie. Les conduites suicidaires sont donc fréquentes.

- dans le second cas, il s'agit d'adolescents névrotiques dont l'acte suicidaire parle en réalité plus à la mère qu'à la fiancée qui les ont quittés, la déception sentimentale n'est qu'un prétexte pour Guy Obs N° 62. Dans de plus rares cas, le conflit oedipien est réactivé par une authentique rivalité amoureuse entre un père et son fils. Ainsi Jacques Obs N° 63, explose dans une tentative de suicide par arme blanche, suivie d'amnésie lacunaire.

d) les couples père-fils : Nous n'en avons pas rencontré dans la pathologie suicidaire de l'adolescence. Nous ne trouvons pas d'adolescents suicidaires unis à leur père par des liens très étroits au point de former un "couple père-fils". De tels couples existent dans la vie courante. Un mari qui dialogue peu avec son épouse peut reporter sur son fils une affection exclusive, il l'emmène dans ses sorties, tous deux deviennent inséparables, ils sont "entre hommes" et complices, loin de l'élément faminin de la maison -la mère de son côté peut reporter son affection sur sa fille. Si ces relations deviennent exclusives au point de réaliser un véritable couple père-fils, ceci n'entraîne jamais de tentatives chez le fils. Nous n'incluons pas dans ces couples les cas où le père veut créer une relation privilégiée en devenant le copain de son fils, car il sort de son rôle de père puisqu'il abdique son autorité devant le fils. Pour former un couple, il faut être deux et le fils ne trouve alors que du vide en face delui. Nous avons vu que l'absence du père devant l'adolescent se retrouve dans toutes les tentatives pendant l'adolescence. Ceci explique l'absence de couples père-fils dans la pathologie suicidaire. Tout semble se passer comme ci un tel couple -où le père ne renonce pas à son autorité- constituait une efficace défense contre la tentation suicidaire pour l'adolescent, car dans ce couple père-fils le père remplit son rôle, de façon excessive peut-être, en tout cas il ne laisse pas son fils seul dans du vide. Son excessive pleissance pourra peut-être provoquer des troubles psychologiques dans l'adolescent, mais jamais une conduite suicidaire.

L'étude des structures et des relations familiales chez l'adolescent suicidaire montre donc le rôle capital des facteurs affectifs pour un développement harmonieux de l'enfant puis de l'adolescent. On constate en effet que les conduites suicidaires surviennent pratiquement toujours dans un contexte de perturbations antérieures des rapports affectifs dans le milieu familial.

[illegible] la majorité des cas, les structures familiales ne sont pas per[illegible] et la tentative peut même survenir quand les parents sont [illegible] semblent aimer sincèrement leurs enfants qui n'ont jamais [illegible] semble alors étonnant et choquant de parler de troubles af[illegible] rts familiaux.

[illegible] bonne foi et l'affection des parents vers l'enfant ne peuvent pas être mises en doute, le problème est tout autre. Ces troubles psychologiques ne sont pas apparents, ils ne sont par perçus au niveau du conscient par les intéressés eux-mêmes car ils ne se sont traduits que par le retentissement sur le caractère et le comportement des parents vis-à-vis de leurs enfants. Ces parents adoptent inconsciemment une mauvaise attitude éducative en raison de leurs propres troubl[illegible] [illegible]viennent des difficultés affectives que eux parents [illegible] [illegible]nes.

Prenons l'exemple de Bruno Obs N° 108 : les parents l'aiment, ils ne [illegible] prennent pas pourquoi il a tenté de mourir. La mère couve son fils, c'est elle qui assure son éducation, elle aurait préféré que son mari la laisse moins seule pour assumer cette responsabilité. Mais elle même a eu un père très auto[illegible] [illegible] s'[illegible] [illegible] se faire après son mariage, elle a choisi son mari à l'image qu'elle s'est faite [illegible] avec l'image maternelle. Il est resté très timide avec les femmes et il a organisé sa vie en compensant cette timidité par une apparente assurance de son com[illegible] [illegible] n'[illegible] pas le droit [illegible] avec une grande [illegible] ses enfants [illegible] quepar timidi[illegible] [illegible] s laissé le droit [illegible] ts. Il ne lui [illegible] [illegible] le l'éducati[illegible] [illegible] de présence [illegible] l'adolescent avec [illegible] pour que ses parents modifient leur [illegible] tée inconsciemment par des problèmes psycho[illegible]

[illegible] affectifs de l'enfance que nous rencon[illegible] l'adolescent, il nous faut dire quelqu[illegible] [illegible] l de l'enfant.

Le Développement Affectif de l'Enfant

1) le rôle de la mère : la relation avec la mère joue le rôle essentiel pour le futur équilibre affectif de l'enfant. Après un stade de narcissisme primaire, dans le stade des "relations objectales" c'est a la mère que l'enfant a d'abord à faire. Depuis sa naissance, l'enfant ressent vivement toute carence de l'affectivité maternelle. Or, la mère accepte sa présence avec plus ou moins de chaleur selon les propres problèmes que lui auront posés ses rapports affectifs perturbés avec ses parents pendant son enfance, et avec le mari dans le présent. Par ailleurs, la mère investit son enfant d'une fonction narcissique

c'est-à-dire qu'elle voudrait qu'il soit son miroir. L'enfant peut n'avoir le droit d'exister que pour satisfaire ce narcissisme, c'est- à-dire comme un objet et non comme un sujet qui existe en lui-même et qui la le droit de frustrer ce narcissisme.

La mère joue un rôle par ailleurs dans la sexualité infantile qui conditionne le développement affectif de l'enfant.

2) la sexualité infantile

On devrait parler de sensualité infantile, car elle est d'abord constituée de tendances partielles liées à l'excitation de zônes érogènes locales, ces pulsions ne se fondront qu'ultérieurement dans une sexualité génitale selon une maturation qui passe par les stades oral, puis anal. L'enfant vit ses stades dans ses relations avec la mère nourricière puis éducatrice de sa discipline sphinctérienne. Si elle montre une affectivité froide au stade oral ou une rigidité dans l'éducation sphinctérienne l'enfant peut être perturbé. Dans le stade phallique, où il découvre ses organes génitaux, sa curiosité légitime sur la sexualité se heurte à des silences, des interdictions et s'il doit se renseigner en dehors de ses parents l'enfant reste anxieux avec un sentiment de culpabilité. Vers la 5è année, s'élabore la situation oedipienne qui réalise un triangle entre les parents et l'enfant. Celui-ci possessif et agressif doit se situer dans ce triangle, et il lui faut dépasser ce stade harmonieusement sous peine de voir son équilibre affectif ultérieur perturbé. Le garçon considère d'abord le père comme un rival auprès de la mère, mais il ne peut le vaincre et il risque d'être privé de son phallus -d'où l'angoisse de castration- l'enfant s'identifie alors au père en le considérant comme le modèle à imiter. Le simple fait d'avoir été vaincu et d'avoir échappé à la castration par le père signifie pour lui qu'il possède ce dont il aurait pu être privé et la rivalité même dans la défaite en fait le semblable et l'égal du père. La fillette elle s'identifie à sa mère après avoir voulu reconquérir son père. Il lui faut y renoncer. La bonne résolution de l'Oedipe est nécessaire pour que les acquisitions scolaires et sociales puissent s'effectuer pendant la phase de latence qui survient vers la 6è année.

L'enfant semble se désintéresser de tout ce qui est sexualité, celle-ci ne se réveillera que pour devenir génitale à la puberté. Cette phase voit donc l'affectivité et les pulsions sexuelles rester classiquement au second plan, l'enrichissement intellectuel et affectif scolaire et social va contribuer à l'élaboration du "sur-moi".

Les Troubles Affectifs de l'Enfance

Ils rendent fragile l'enfant qui, devenu adolescent, résoudra difficilement les crises de son adolescence. Le passage à l'acte suicidaire sera facilité.

Nous classons les troubles que nous avons étudiés, selon le développement chronologique en troubles affectifs de la prime enfance, de la période oedipienne puis de la période de latence.

1) les troubles affectifs de la primeenfance

a) la mauvaise acceptation de l'enfant par la mère : la mère se conduit non pas en bonne mais en mauvaise mère parce que pour elle l'enfant n'est pas un bon objet, sa venue n'est pas désirée.

- dans les structures parentales dissociées par un divorce ces troubles précèdent dans la plupart des cas le traumatisme affectif du divorce Les parents de Martine Obs N° 85 divorcent quand elle a trois ans, mais auparavant le ménage n'est pas uni, l'enfant par sa venue a précipité un mariagenon désiré.

Pour le père "à cet âge là, elle ne pouvait pas se rendre compte". En fait, l'adolescente déclare " ma mère ne m'a jamais aimée". La mère reconnait n'avoir jamais été heureuse de tenir sa fille dans s[illegible]

- même en l'absence [illegible] physique des parents, un mauvais maternage de l'enfant [illegible] pas de structurer de façon harmonieuse son moi. Il [illegible] sur lui-même d'une façon défensive et n'intériorise pas une image parentale d'amour, puisque sa mère ne l'a pas accepté. Il ressent son moi comme mauvais et indigne d'être aimé. Adolescent il est capable de pulsions agressives envers cette image de lui-même qu'il n'aime pas parce qu'il ne s'est senti ni aimé ni accepté pendant sa prime enfance, il s'accepte mal vivant, il veut donc mourir.

b) les séparations itératives loin des parents pendant la prime enfance fournissent le contingent des troubles affectifs le plus important et surtout le plus facilement retrouvé dans la biographie de l'adolescent. L'enfant est confié soit à une nourrice soit à un membre de la famille -en général la grand-mère- par une mère froide et peu démonstrative qui s'en débarasse. Parfois l'enfant est kidnappé par une grand-mère possessive qui le dévore après avoir dévoré sa fille. Privé de l'autorité paternelle, il peut s'organiser sur un mode caractériel avec des petits troubles névrotiques en milieu familial -vols de compensation. Parfois [illegible] d'Assistance Educative peut être prise à son égard. Quand il réintègre le milieu familial, il retrouve une ambiance peu chaleureuse car l'entente conjugale est surtout de façade parfois émaillée de disputes. Le père est lointain, "formel". Ces adolescents se jettent fréquemment dans le premier amour rencontré, ils fuient la froideur de leur enfance et investissent cet amour de façon si excessive qu'ils ne supportent pas la frustration d'une déception. Abandonnés ils protestent par la conduite suicidaire. Cette protestation au delà de la frustration actuelle s'adresse aux responsables de la carence affective de leur prime en[illegible]

Nous trouvons [illegible] séparations dans la proportion de 12,4 % des adolescents suicidaires hospita[illegible]

[illegible] la mère gratifiante et démissionnaire détermine un autre type de perturbations [illegible] jamais frustrer son enfant -elle compense [illegible] contre l'enfant moins désiré qu'elle [illegible] irs. elle [illegible] -dire qu'on ne fait pas [illegible] intolérant à toute frustration, la vie doit à ses yeux [illegible] en permanence. L'adolescent n'ac[illegible] moyen de défense lui permettant de surmonter les frustrations inévitables [illegible] vie. Ceci concerne surtout les adolescentes qui présentent une immaturité de type infantile sur le plan affectif contrastant avec une maturité physique et sexuelle précoce; en l'absence d'introjection d'une image valable de la mère, ces [illegible] ne l'accepte pas, en particulier elle enfreindra les interdits sexuels pour deux raisons :

- parce que ils lui sont présentés sous une forme d'interdits extérieurs, or elle ne les a pas intériorisé, ensuite ils lui sont présentés par sa mère, or elle désire rejetter l'autorité de sa mère comme toute adolescente désire le faire sur un mode très ambivalent. Si l'adolescente suit dans la liberté sexuelle, comme elle n'est pas armée pour assumer cette liberté, le plus souvent elle reste frigide, plus rarement elle vit son plaisir dans l'instant présent, très vite suivi d'un sentiment de culpabilité et de déception. On parle

beaucoup de "liberté sexuelle", dans la génèse actuelle, ceci semble encore un leurre. L'ignorance de la sexualité, ou la culpabilité de son apprentissage sont telles qu'il existe en fait soit une fuite de la sexualité, soit une fuite dans la sexualité. Cette fuite traduit une insécurité qui laisse l'adolescente anxieuse et culpabilisée et surtout prête à passer à l'acte suicidaire lorsque survient une déception sentimentale importante.

Nous n'avons pratiquement pas rencontré de jeunes suicidaires chez qui les relations sexuelles précoces se soient avérées un facteur de maturation et d'épanouissement de leur féminité.

2) les troubles de la période oedipienne

L'adolescent après le silence des pulsions sexuelles pendant la phase de latence doit réussir une harmonieuse intégration de sa vie génitale et sentimentale. Une bonne résolution de la situation triangulaire de la situation oedipienne s'avère nécessaire. Si l'enfant a mal résolu son conflit oedipien, s'il est resté dépendant immature son adolescence en reste perturbée. En cas de traumatismes affectifs qui réactivent ce conflit mal réselu, le passage à l'acte suicidaire est possible. L'adolescente peut rester infantile et dépendante de sa mère sur un mode très oral, elle éprouve un besoin tyrannique et narcissique d'amour qui doit être satisfait dans l'immédiat. Elle s'avère intolérante à la frustration et incapable de supporter qu'une gratification ne soit pas immédiate. Elle peut difficilement supporter une déception sentimentale et même parfois des contrariétés qui semblent futiles. L'adolescente peut passer à l'acte suicidaire si sa mère lui refuse une paire de bottes ou un colifichet. Le motif invoqué semble absurde et hors de proportion avec l'acte suicidaire, mais il renvoie à un mode de relations infantile défectueux entre l'enfant et sa mère en particulier. L'enfant n'a pas dépassé et résolu son oedipe. La cause futile de la tentative possède en fait une valeur "signifiante" affective dans l'inconscient de l'adolescente.

De même l'adolescent très immature présente des conduites suicidaires en apparence à une déception sentimentale. Mais en profondeur elles s'adressent à travers ce prétexte à une image parentale. Ainsi Guy Obs N° 62 parle plus par son acte suicidaire à sa mère qu'il n'est désireux de faire revenir la fiancée. Jacques Obs N° 63 lui ne peut supporter de retrouver dans la réalité quotidienne son père comme rival auprès de la fille qu'il fréquente. Il explose dans une véritable raptus anxieux où il revit sa rivalité oedipienne.

3) Les traumatismes affectifs de la période de latence

Moins connus ils nous semblent statistiquement plus fréquents que les autres traumatismes affectifs infantiles. Parmi les adolescents hospitalisés, les traumatismes affectifs graves, en particulier ayant perturbé la structure familiale représentent 39,3 % des tentatives de suicide. L'étude de ces 61 cas montre que 60,65 %, c'est-à-dire plus de la moitié, (37 cas sur 61) sont survenus pendant la période de latence. Ceci concerne 24,2 % des hospitalisés, c'est-à-dire un quart des adolescents suicidaires. Même si l'on ajoute les traumatismes affectifs de la prime enfance et en particulier les séparations des parents (12,4 %) les traumatismes de la phase de latence représentent encore 46,2 % des troubles affectifs de l'enfance alors qu'ils ne devraient logiquement pas excéder un tiers des cas.

En effet, puisque la phase de latence va de 6 à 12 ans, elle représente environ un tiers de vie des adolescents. Ce fort pourcentage pourrait s'expliquer par la classique fréquence des difficultés relationnelles sur le plan conjugal décrite vers la 7é année de mariage. La majorité des ménages a déjà au moins un enfant dans la phase de latence.

Cependant les troubles de cette période paraissent plus fréquents chez les adolescents et les adultes suicidaires jeunes que chez les sujets du même âge hospitalisés en milieu spécialisé sans avoir présenté de conduite suicidaire.

Chez l'adulte nous avons étudié une série de 100 suicidaires hospitalisés. Nous trouvons un pourcentage d'événements familiaux traumatisants dans [illegible] placement, etc.

La proportion est donc un peu plus élevée que chez l'adolescent, ceci n'est pas étonnant puisqu'une ou deux décades supplémentaires augmentent logiquement la probabilité de voir par exemple la mort naturelle d'un des parents du sujet suicidaire.

Sur ces 43,6 %, 22,5 %, c'est-à-dire la moitié des évènements traumatisants sont survenus pendant la phase de latence. Par ailleurs, si l'on considère les traumatismes affectifs qui ont dissocié la structure familiale, 51, 9 % sont survenus pendant la phase de latence de ces adultes suicidaires.

Tout semble se passer comme si un traumatisme affectif grave pendant la période de latence rendait plus difficilement solubles les conflits de l'adolescence et compromettait les remaniements en cours pendant cette période. Il laisse le sujet très fragile et exposé à réagir par la conduite suicidaire devant les problèmes graves de l'adolescence.

Par quel mécanisme ces traumatismes peuvent-ils fragiliser l'adolescent ? Nous supposons qu'ils agissent peut-être en réactivant une blessure narcissique antérieure à la période de latence. Il agirait ainsi selon le principe de répétition décrit par FREUD.

Chez certains suicidaires en effet suivis en psychothérapie, on découvre ultérieurement après le traumatisme de la phase de latence un traumatisme [illegible] vie, qui parfois même ne revient dans le champ de la conscience du sujet qu'au cours de la relation psychothérapique.

En résumé, les tentatives de suicide se présentent actuellement sous trois grands aspects.

La tentative au cours de l'adolescence représente le premier et le principal aspect. Elle [illegible] contingent de suicidaires -4 sur 10- et c'est elle qui pose à l'adulte les problèmes les plus difficiles et les plus passionnants, elle est par sa fréquence en augmentation au premier plan de l'actualité.

La tentative au cours de l'âge adulte jeune vient en second lieu. Deux tentatives sur dix surviennent au cours de cet âge, qui voit la fréquence des jeunes femmes déprimées sur base névrotique.

Le dernier aspect est représenté par la tentative au cours de l'âge adulte après la quarantaine. C'est dans cet âge que le risque de réussite de la tentative est le plus grand, en raison de la fréquence des dépressions mélancoliques. Cependant les conduites suicidaires au cours de cet âge s'avèrent beaucoup moins nombreuses que dans les deux âges précédents, et elles ne présentent pas de caractère d'actualité car leur aspect décrit depuis longtemps est bien connu. On peut seulement insister sur la nécessité de ne pas méconnaître certains de ces aspects trompeurs.

La tentative de suicide survient dans une existence humaine au cours de certaines [illegible] conflits. On peut comparer la vie à une chaîne dont certains maillons casseraient parce qu'ils ont été rendus plus fragiles par des difficultés affectives antérieures. Il existe plusieurs maillons fragiles.

1° Le premier est celui qui se brise le plus souvent, il siège pendant l'adolescence. Cet âge voit la première génération de conduite suicidaire provoquée par les conflits de l'adolescence, où l'enfant doit acquérir son autonomie. Ce maillon devient de plus en plus fragile, car l'adolescent [illegible] dans le monde des adultes de plus en plus compliquée et se trouve seul sans dialogue familial. Il pose alors le problème d'une protestation et d'une "mise en demeure" que l'adulte ne peut éviter.

2° le second maillon se rompt pendant l'âge adulte jeune. Avant trente ans la rupture se fait dans des situations conflictuelles directement en rapport avec les premiers choix et engagements dans une vie d'adulte autonome. Le sujet a réussi à sortir de l'adolescence, mais il a affectué ses choix selon des critères névrotiques, et il lui est difficile de s'affirmer adulte. La tentative s'adresse à la famille qu'il quitte et au monde qu'il veut créer.

3° Un autre maillon fragile concerne l'adulte entre trente et quarante ans qui a réussi, avec plus ou moins de difficultés, à effectuer ses premiers choix d'adulte sur le plan professionnel et surtout conjugal. Ces choix effectués selon des critères névrotiques ont engendré ultérieurement des conflits qui le conduisent à la tentative. Celle-ci s'adresse au milieu socio-familial déja très structuré qu'il a créé.

4° Le quatrième maillon fragile se voit après la quarantaine. A partir de cet âge débute le bilan d'une vie et de ses échecs, surviennent des frustrations affectives, familiales ou professionnelles. Chacune d'elles peut réactiver une frustration affective de la prime enfance sur un terrain biologique à présent fragilisé par le climatère. Apparaît alors une mélancolie vouée à la conduite suicidaire. Dans cet âge se décompensent aussi dans les conduites suicidaires les névroses graves et anciennes.

Mentionnons seulement - en raison de sa rareté - l'ultime maillon de la chaine suicidaire chez le sujet âgé, en retraite depuis de nombreuses années. Vers 70 ans, il proteste contre la solitude et l'abondon où sa vieillesse est laissée sur le plan moral et matériel.

Dans tous les cas le suicidaire porte atteinte à sa vie que ce soit pour la détruire (il veut mourir) ou pour la supprimer sur un mode magique(il veut dormir). Il exprime par sa conduite une protestation. Même la mélancolique proteste contre une frustration affective de sa prime enfance. Le sujet jeune proteste contre ses difficultés relationnelles, mais c'est l'adolescent qui pose avec le plus d'aquité le problème d'une protestation et d'une "mise en demeure" destinées à l'adulte.

Le problème de la conduite suicidaire, chez l'adulte jeune et surtout chez l'adolescent, pose donc le problème non seulement du traitement, mais d'une éventuelle prophylaxie.

PROPHYLAXIE ET TRAITEMENT

Doit-on empêcher un être humain de se suicider ? Ne pas intervenir au nom de la Liberté individuelle semble une position indéfendable, car le suicidaire veut se tuer, non pas pour exercer son droit de mourir, mais parce qu'il ne peut plus exercer son droit de vivre, il le réclame désespérément et il faut donc l'aider à le retrouver même s'il croit ne plus le désirer.

En ce sens, on ne peut parler de chantage mais avec GORCEIX de demande d'aide et avec G. PASCALIS de "mise en demeure".

Il n'existe pas de traitement de l'acte suicidaire proprement dit, sauf bien sûr empêcher sa réalisation dans de très rares cas où l'occasion s'en présente. Le traitement médico-chirurgical, en particulier de réanimation d'urgence, est parfaitement codifié et efficace au point d'avoir réduit le taux de mortalité, dans les cas d'ingestion volontaire médicamenteuse, à un pourcentage extrêmement bas, en général inférieur à 5 %, selon A. GORCEIX (42). Ce taux est nul dans le Service d'Urgences et de Soins Intensifs du C.H.U. de Reims comme le montrent les statistiques citées (tableau 24).

Tel sera le traitement de la conduite suicidaire, par ailleurs nous envisagerons ensuite la possibilité d'une prévention.

A - LE TRAITEMENT

1) Chez l'adulte

- les médications :

Elles comprennent la chimiothérapie spécifique dans les cas d'affection psychiatrique , les Neuroleptiques chez les psychotiques, les anti-dépresseurs par voie orale ou intra-veineuse chez les déprimés. La dépression mélancolique peut nécessiter une sismothérapie.

- le problème de l'Hospitalisation se pose en milieu spécialisé. D'une part, celle-ci n'est pas toujours possible car le sujet peut la refuser [illegible] Service libre de psychiatrie situé à 40 km de son domicile familial. En effet, devant le petit nombre de lits dont dispose le Service de psychiatrie du C.H.U. de Reims, la seule solution qui peut être proposée est souvent le transfert dans l'Hôpital Psychiatrique de Chalons S/Marne. Elle est souvent refusée, non pas tant en raison des réticences qu'inspire le nom même d'Hôpital psychiatrique , mais parce que cette hospitalisation est trop éloignée du lieu où habite le suicidaire. On se trouve devant trois possibilités :

. Parfois l'hospitalisation est nécessaire quand les relations familiales sont explosives, elle dédramatise la situation et évite la récidive suicidaire dans l'immédiat. Elle permet au suicidaire de faire le point sur ses problèmes et fournit les conditions pour que s'ébauche un dialogue avec l'entourage.

L'intervention du thérapeute, avec l'hospitalisation, sont donc nécessaires pour pouvoir trouver une solution constructrice au problème du suicidaire.

Parfois le suicidaire peut revenir en consultation, l'aide du Psychiatre est toujours nécessaire mais sans l'hospitalisation. Ceci est possible pendant que le suicidaire a déja suffisamment modifié les esprits, mais la situaton n'est pas assez tendue pour nécessiter une coupure du milieu familial. Le problème peut être réglé en externe.

Parfois on constate que l'acte suicidaire lui-même suffit pour régler le problème sans nécessiter une aide ultérieure sur le plan psychothérapique en particulier. La "mise en demeure" semble avoir porté ses fruits, le suicidaire ne récidive pas. En effet, on constate qu'un suicidaire sur dix à peine récidive, alors qu'une plus grande proportion sort contre avis médical. Tout se passe comme si l'explosion suicidaire non seulement permettait de résoudre les conflits dont l'absence de solutions avait provoqué latentative, seule elle permet de débloquer une situation bloquée, et elle permet à elle-seule de trouver une solution. On constate qu'il s'est passé quelque chose dans la vie du suicidaire : avant rien n'était possible, après seulement l'acte suicidaire une solution est trouvée. La tentative en elle-même a créé des conditions nouvelles propices au dialogue.

2) Chez l'adolescent

Les médications

La chimiothérapie des affections psychiatriques est souvent peu employée puisque la majorité des adolescents suicidaires n'est pas psychiatrique. Sont utilisés les anxiolytiques et les neuroleptiques modérant l'impulsivité et agissant sur les troubles caractériels, tel le Neuleptil. Les anti-dépresseurs traitent les rares cas de syndrôme dépressif franc. Cependant on constate qu'ils facilitent souvent l'installation d'une psychothrépie.

La psychothérapie

La relation psychothérapique est toujours nécessaire chez l'adolescent. Elle peut être instituée à partir de l'hospitalisation.

L'éloignement du milieu familial avec hospitalisation s'avère souvent nécessaire pour détendre la situation et permettre aux deux parties de faire le point; elle est en général bien acceptée à condition que ni la famille, ni l'adolescent ne se sentent en position d'accusés. Il faut dédramatiser la situation, la famille doit être déculpabilisée, l'adolescent ne doit pas voir son acte pris à la légère. Il s'engage en général facilement dans la psychothérapie de l'adolescent décrite par P. MALLE (62).

Le passage à l'acte dans la conduite suicidaire doit être accepté et non dramatisé, il ne faut pas s'obnubiler sur l'acte suicidaire qui ne représente, en fait, qu'un épi-phénomène comme la partie visible d'un iceberg. la plus grande partie reste immergée, il s'agit du contexte psychologique et de la personnalité sous-jacente de l'adolescent. Cette psychothérapie nécessite un engagement total et long de la part du Psychothérapeute avec surtout

une disponibilité permanente quelque soit le temps dont il d[illegible] faut être présent et disponible, par ailleurs, il faut garder une maîtrise totale du contre-transfert dans la relation psychothérapique.

L'acte suicidaire existe en soi. il ne doit pas être dévalorisé chez l'adolescent quelque soit son caractère apparent de chantage. Il doit être accepté comme la seu[illegible] d'expression et de protestation du sujet nécessaire [illegible] de son existence. Cependant, il ne faut pas l'envisager avec une excessive complaisance car il faut en permanence évoluer à la fois sans l'absoudre ni incriminer. Il faut à la fois éviter une excessive frustration qui rappellerait à l'adolescent les frustrations familiales, et à la fois une excessive gratification.

Trop de complaisance envers l'acte suicidaire risqueraient de fixer l'adolescent dans un type de comportement inadapté. Il faut en effet lui montrer qu'il existe d'autres modalités d'expression et d'action, son acte doit être replacé dans son contexte afin de lui permettre de le dépasser. S'il fut nécessaire et seul adapté à un moment donné de son existence, il ne le serait absolument plus dans son évolution ultérieure, il faut lui faire comprendre que ce n'est pas en agissant contre lui-même qu'il résoudra les problèmes posés par autrui et que s'il a mis en jeu son corps et sa vie [illegible] ou tout ou rien, cette [illegible] du tout ou rien caractérise sans doute l'impulsivité et le besoin d'absolu de l'adolescent mais elle ne débouche sur rien dans la vie d'adultes. On peut certes demander à autrui de [illegible], mais il ne faut pas exiger d'espérer que l'autre seul change, il faut se résoudre soi-même à changer, il faut "y mettre du sien"...

Le danger est grand en effet pour l'adolescent, - surtout s'il a obtenu satisfaction grâce à son acte, qu'il se considère comme vainqueur et seul vainqueur. Il risque par ailleurs, par la suite, de conserver ce comportement inadapté en exigeant tout ou rien sans compromis, en se mettant tout entier dans la balance, or la vie n'est finalement qu'une série de compromis et de synthèse. Il faut lui montrer que compromis ne signifie pas compromission.

L'adolescent a donc risqué sa vie dans un engagement total, hors de la communication verbale où il jetait tout le poids de son corps. Le Psychothérapeute lui montrera donc qu'il existe d'autres façons de maitriser sa vie qu'en la mettant en jeu, seul il peut le faire car il constitue s'il sait garder le contact avec l'adolescent le seul interlocuteur valable qui à la fois lui offre la compréhension et l'autorité qui lui ont jusqu'ici fait défaut.

Il faut insister sur la disponibilité totale qu'exige cette psychothérapie. Il faut s'engager à fond et jusqu'au bout, il n'y a pas de relais possible, rien n'est plus néfaste pour l'adolescent qu'une psychothérapie seulement ébauchée ou délitée en morceaux et servie par différents interlocuteurs qui, tous, soulèvent le même problème. Un jeune délinquant nous déclarait sceptique et désabusé : "Docteur, je suis passé par trois centres et vous devez être le 4ème Médecin ou Psychologue qui soulevez les mêmes problèmes ... alors cela suffit..." Certes la disponibilité ne peut être [illegible] lue en ce sens que le médecin ne peut être 24 heures sur 24 à la disposition de son interlocuteur, [illegible] la disponibilité réelle qui permet, par exemple, un entretien dans un délai de 24 heures si l'adolescent désire parler, il ne s'y trompe pas du reste, il n'exigera jamais d'être vu à 10 heures du soir, sauf s'il s'agit d'une hystérique, quand il téléphone pour

solliciter un entretien. Par contre, il ne supporterait pas de n'être vu que plusieurs jours après et une récidive suicidaire serait alors fort à craindre.

C'est dire qu'une telle psychothérapie ne peut être réalisée que dans le sein d'une équipe très structurée et non si l'on est seul, et surchargé de travail par ailleurs.

Enfin, il est souhaitable lorsque ceci est possible de tenter une action thérapeutique sur la famille si le milieu familial s'avère pathogène, en général il faut obtenir la coopération de la famille à la psychothérapie, en tous cas une absence d'opposition à celle-ci.

B - LA PROPHYLAXIE

Une Prophylaxie de la conduite suicidaire est-elle possible ?

1) Au cours de l'âge adulte après la quarantaine, elle est réalisable et consiste surtout dans le dépistage des dépressions mélancoliques, il importe surtout de ne pas méconnaître les formes de mélancolies camouflées sous un masque trompeur. Une attention particulière doit être portée envers les sujets âgés chez qui la solitude et la carence affective jouent un grand rôle dans la psychogénèse de la dépression. De meilleures conditions de vie évitent très souvent une dévalorisation sur le plan somatique et psychologique qui favorise l'apparition de la conduite suicidaire.

Le mélancolique présente une dépression grave dont la psychogénèse renvoie à des frustrations affectives de la prime enfance, mais il peut être traité et guéri par un traitement en particulier biologique bien codifié sans qu'intervienne l'opposition du milieu, en particulier familial, il a déjà fait sa vie dans une certaine mesure et son entourage dépend en général de lui plus qu'il ne dépend de son milieu.

2) La prophylaxie s'avère déjà peu réalisable en pratique chez l'adulte jeune qui présente une structure névrotique, et une dépression, sur des traits névrotiques antérieurs ou actuels. Le risque de passage à l'acte s'avère d'autant plus grand que le suicidaire potentiel présente une symptomatologie de dépression névrotique avec un champ relationnel très pauvre sur le plan affectif. Il est encore plus grand si le sujet a déjà présenté des antécédents suicidaires. Une prophylaxie est de plus en plus difficilement réalisable au fur et à mesure que le sujet est plus âgé et que les facteurs relationnels sont importants, en particulier au fur et à mesure qu'il dépend de son environnement. L'adulte déprimé névrotique ne peut pas être traité avec efficacité quand ses troubles dépendent en grande partie de ses conflits relationnels, dans une vie qu'il tente d'assumer avec difficultés. Plus le sujet est prisonnier de son passé, plus la psychothérapie remanie difficilement les structures déjà très fixées de son existence, et plus la prophylaxie s'avère difficilement réalisable.

3) L'Adolescent enfin, lui dépend totalement de son milieu, en particulier de ses parents, dans la plupart des cas et vis-à-vis de la famille et de la société il est dépendant financièrement, moralement, juridiquement, il est mineur sur tous les plans et doit attendre son entrée dans le statut d'Adulte alors que, par ailleurs, il est utilisé et sollicité de se conduire comme un adulte par bien des aspects de notre société de consommation.

La tentative de suicide constitue le seul acte significatif et la seule modalité de protestation possible contre une situation insoluble dans le milieu familial et le cadre social dont il [illegible] pu changer dans une situati[illegible] pour évoquer [illegible] structurée de façon [illegible] voquant un bouleversement [illegible]

a) Sur le [illegible] cidaire chez l'adolescent [illegible] tre qu'elle nous échappe totalement pour plusieurs raisons :

- La tentative est le fruit du milieu socio-familial où a grandi l'adolescent ;

- et surtout seule sa conduite suicidaire a pu poser réellement des problèmes qui n'avaient jamais été posés jusqu'ici, alors que la famille et la société faisaient la sourde oreille à sa demande. La conduite suicidaire représente le seul acte significatif, elle est sans doute absurde et non adaptée en soi, mais elle a été rendue inévitable par une situation insoluble, avant elle une solution ou même une simple modification de leur attitude n'aurait pu être envisagée par aucune des parties en présence. Surtout pour sa famille et aussi pour l'adolescent lui-même, il semble qu'avant cette explosion critique, cette goutte d'eau qui fait déborder le vase, le moment n'est pas encore venu de trouver une solution quelconque au problème. Nous avons relevé une dizaine de cas d'adolescents hospitalisés avant leur tentative de suicide pour d'autres troubles. Il s'agit, soit de crises névrotiques, soit d'intoxications éthyliques aigues, la plupart sont vus en consultation de psychiatrie, mais les conditions ne sont pas encore réalisées pour obtenir une qu[illegible]

La famille ne compr[illegible] elle ne ramène jamais l'adolescent en consultation, celui-ci [illegible] la désire pas de son côté.

[illegible] conditions de vie ne changent pas jusqu'à ce que l'adolescent [illegible] seul acte "signifiant" en laissant tout le poids de son corps et de sa vie dans la balance. Même après la tentative de suicide, la réaction de l'entourage est de reconnaître très sincèrement qu'il ne comprend pas, il n'a pourtant rien manqué à leurs enfants, ils n'ont été privés de rien, on leur a toujours acheté ce qu'ils désiraient.. ceci est en général exact, l'adolescent n'a [illegible] de rien sur le plan matériel, il n'a manqué que de l'essentiel : le dialogue, la compréhension et surtout l'autorité ...

On ne peut donc demander à l'entourage de "comprendre" avant que soit arrivé cet acte si grave, du reste il n'y avait rien à changer puisque rien d'irréparable n'avait eu lieu...

Il est dans doute nécessaire qu'une catastrophe survienne pour [illegible] lorsqu'une situation devient trop invivable. [illegible] Pont sont déplorables en soi parce qu'elles se sont soldées par des centaines de morts, mais elles seules ont permis par le choc psychologique dans l'opinion publique et la conscience collective de remédier à l'absence de conditions de sécurité [illegible] l'aménagement de stations de Sports d'Hiver ou d'Etablissements à la mode. Avant ces catastrophes, personne n'aurait sérieusement accepté de remettre en [illegible] ment tant bien que mal, mais plutôt bien puisque rien de grave n'était

arrivé. Les responsables administratifs, promoteurs immobiliers, et directeurs de dancings auraient tous traité de cassandre l'inconscient qui se serait permis de signaler le risque possible de catastrophes, et sa voix se serait perdue dans le désert. Un événement dramatique doit donc se passer pour que puisse être modifiée une structure déficiente mais rigide qui continue de fonctionner en s'abritant derrière l'argument que rien de grave n'en est résulté.

La prophylaxie de la conduite suicidaire, aussi paradoxale et scandaleuse que cela paraisse, ne peut donc débuter qu'après la première tentative de suicide.

L'existence d'un syndrome pré-suicidaire et la connaissance des conditions réelles des risques suicidaires pour les enfants en danger moral, par exemple dans des familles désunies, n'ont donc que peu d'intérêt en pratique. Nous avons vu qu'il existait dans un faible pourcentage des cas des troubles dépressifs, et souvent des petits troubles caractériels ou un repli sur soi-même. Mais l'existence de ces troubles ne permet, en fait, pas d'aborder les véritables problèmes avec l'adolescent car le moment n'est pas encore venu.

L'existence de troubles du comportement tels que vagabondage, fugues, pré-délinquance, seule permet dans certains cas d'entrer intimement en contact avec l'adolescent quand le Psychiâtre est amené à les voir.

Seul, peut-être, le Médecin de Famille averti de ces problèmes psychologiques pourrait user de son influence dans le cadre familial. Mais qui peut réellement penser pouvoir modifier une situation familiale pathogène pour l'enfant ? Qui pourrait redonner l'autorité réelle de Chef de Famille si le père est absent ou a démissionné ? L'autorité dans un climat de franc dialogue qui devrait être celui de toute famille normale ne peut être imposée de l'extérieur. Il ne semble pas possible de pouvoir pallier à la carence paternelle quand elle existe. On ne peut que proposer parfois des substituts, par exemple l'instituteur viril qui offre une image paternelle valable chez l'enfant, hélas ces images deviennent de moins en moins nombreuses, le Corps Enseignant ne compte plus en 1970 qu'un Instituteur pour deux Institutrices et encore leurs classes sont-elles trop souvent pléthoriques et surchargées.

Dans la prophylaxie individuelle, on a proposé une plus large indication de la rééducation psychomotrice chez l'enfant afin d'assumer à l'adolescent une plus grande maîtrise de son corps. La pratique du judo par exemple, sport où sont cultivés le fair-play et une certaine relaxation, pourrait être encouragée. Chez l'adolescent, enfin les techniques de relaxation peuvent constituer une thérapeutique non verbale apprenant la maîtrise du corps dans un certain bonheur passif exempt d'anxiété.

Enfin, il semble nécessaire d'assurer une éducation sexuelle qui est très souvent peu ou mal assurée par les parents, afin que l'adolescent vive ensuite sa maturation corporelle et génitale sans anxiété, ni culpabilisation excessive.

b) Peut-on envisager avec quelques chances de succès une prophylaxie collective ?

L'idéal resterait d'intégrer l'adolescent dans la collectivité [illegible] l'entoure.

On peut certes émettre le voeu de voir modifiées bien des conditions sociales de vie influant en particulier sur le mode de vie familiale, mais il faudrait agir sur des facteurs sociaux trop multiples qui favorisent la genèse de l'acte suicidaire, ne serait-ce que l'alcoolisme, la délinquance et de multiples facteurs socio-économiques qui entraînent indirectement une absence de disponinilité et de présence des parents auprès de leur enfants avec recherche fréquented'une compensation dans un éthylisme réactionnel. On pourrait dresser un catalogue de tout ce qu'il faudrait faire mais ceci semble très facile en paroles,apporte une bonne conscience , mais reste irréalisable en pratique ou alors il faudrait provoquer de tels bouleversements qu'il ne peut s'agir à notre niveau que de voeux très platoniques qui dépassent, en tout cas, très largement le cadre médical. La prophylaxie sur le plan collectif de la tentative de suicide au cours de l'adolescence [illegible] relever de voeux pieux.

Que peut-on faire en pratique ?

- Seul le dépistage et la thérapeutique des affections mentales peut être réalisée, mais on sait que la proportion des sujets psychiatriques par milieu suicidant jeune n'excède pas 15 %.

Si l'on ajoute le pourcentage de sujets pré-délinquants ou relevant de l'Action Sanitaire et Sociale en raison d'un abandon parental total et qui peuvent être pris en charge sur le plan psychothérapique, on voit que le contact risque d'être inexistant avec la grande masse des sujets suicidaires.

- L'effort devrait porter au niveau de ceux qui peuvent être suffi[illegible] d'aide réelle des sujets en détresse morale ou en condition déprassive. Nous pensons certes à l'action des Assistantes Sociales mais on sait qu'elles sont en nombre insuffisant, surchargées de travail et que leur intervention est plus facilement acceptée par les familles lorsqu'elle est gratifiante et beaucoup moins lorsqu'elle est frustrante. L'action, par contre, des médecins de famille, pourrait s'avérer ici irremplaçable, mais on ne soulignera jamais assez quel peut être le rôle des médecins de quartier. C'est dire l'importance de l'introduction de la psychologie médicale et de la psychiatrie comme discipline étudiée dans les différents cycles des Etudes de Médecine pour l'information des nouvelles générations de médecins généralistes. Espérons que ceux-ci pourront en nombre suffisant continuer d'exercer en tant que médecin de famille sans surcharge professionnelle écrasante. L'étude des disciplines psychologique et psychiatrique ne peuvent que développer chez le futur médecin le sens de la relation médecin-malade et les préparer à aborder les difficiles problèmes des conduites suicidaires dans les milieux familiaux.

Reconnaissons que jusqu'à présent le futur médecin n'est que peu ou mal préparé à affronter aussi bien le problème d'une dépression mélancolique camouflée que celui d'un adolescent pré-suicidaire lorsqu'il était lancé dans ses premiers remplacements de médecine.

Par ailleurs, l'information du public devrait consister en une

publicité concernant la création des nécessaires réalisations qui devraient avoir lieu dans le cadre du Service de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire suivant l'impulsion du groupement français d'Etudes et de Prévention du Suicide récemment créé. Deux solutions s'avèrent nécessaires.

1° La création d'équipes de Psychiatres

Il convient en effet d'instituer dans le Service Hospitalier de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire une unité de soins apte à prendre en charge les suicidaires auprès leur acte, ceci avec une large ouverture sur l'extérieur selon l'orientation actuelle de la psychiatrie. Ceci est possible grâce à une équipe de Psychiatres Psychothérapeutes aptes à s'occuper des conduites suicidaires. Cette organisation ne peut se faire que grâce à une équipe suffisamment étoffée dont les différents membres doivent posséder une formation psychothérapique solide d'inspiration psychanalytique ou non.

Cette équipe psychiatrique organisée doit être très structurée et spécialisée dans la prévention du suicide. La prise en charge des suicidaires ne peut, en effet, guère être effectuée par un Psychothérapeute solitaire, mais par une équipe dont les différents membres peuvent se réassurer mutuellement en commun au sein de l'équipe. Le contact avec le suicidaire est, en effet, des plus toxiques, et la psychothérapie est sans doute la plus éprouvante pour le Thérapeute qui est confronté en permanence avec la mort à la fois chez son interlocuteur et dans sa propre personne, aux prises avec sa propre angoisse.

Ceci crée une tension qui devient vite insoutenable si le Psychothérapeute reste isolé et non intégré dans une équipe solidement soudée dans un [illegible] de suicidants dans une confrontation permanente avec la mort ne peut guère se concevoir [illegible] d'autres raisons : le nombre de suicidants qu'il faudrait prendre en charge est si élevé que des psychothérapies classiques avec relations individuelles ne peuvent suffire car elles ne permettent d'assumer qu'un seul sujet à la fois. Le recours à des techniques psychothérapiques de groupe semble donc souhaitable. Dans cette optique, nous avons commencé d'utiliser des entretiens psychothérapiques groupant plusieurs adolescentes suicidantes et utilisant une dynamique de groupe sous la conduite la plus neutre possible de deux médecins psychothérapeutes. Par exemple la confrontation de plusieurs suicidantes, l'une hystérique très théâtrale, une seconde psychotique coupée du réel et une légère névrotique qui avait réagi par une conduite [illegible], cette confrontation permet de mieux pénétrer la psychogénèse de l'acte suicidaire avec [illegible] spontanément un véritable psychodrame entre les différentes suicidaires, grâce auquel elles retrouvent le contact plus facilement avec le réel et réalisent que la vie peut leur offrir d'autres possibilités que le passage à l'acte suicidaire.

Le Psychiatre ne peut travailler seul pour une autre raison : il est souvent nécessaire de prendre en charge un élément psychogène qui existe fréquemment dans l'entourage familial du suicidant. Il existe en effet une fréquente implication familiale et qui conduit à se poser la question : qui veut la mort du suicidant -d'une manière inconsciente bien sûr- ou plus fréquemment qui veut l'empêcher de vivre normalement tel qu'il le désire ?

Et il s'avère parfois que le sujet qui est passé à l'acte s'est effectivement certes, mais qu'il peut n'être pas le plus malade et le plus pathogène dans le cadre familial. Le même thérapeute ne pourra prendre en charge à la fois le suicidant et son parent pathogène.

2° Enfin l'existence d'une équipe homogène et soudée permettra la création d'un centre S.O.S. Amitié qui pourra répondre au téléphone en permanence à tout sujet désemparé candidat au suicide.
Ce centre sera surtout utile pour la prophylaxie du suicide chez l'adulte jeune dans la mesure où celle-ci peut être réalisée.

CONCLUSION

Les tentatives de suicide se présentent actuellement sous des aspects nouveaux. Le premier consiste dans la jeunesse de la majorité des suicidaires - 4 sur 10 n'ont pas atteint leur majorité légale, et 2 adultes sur 10 n'ont pas dépassé la trentaine. Ce n'est donc plus la tentative mélancolique après la quarantaine -la mieux décrite dans ses aspects clinique et psychogénétique- qui occupe le devant de la scène, mais la tentative de suicide [illegible] en second position.

En deuxième lieu l'ingestion médicamenteuse est utilisée dans 8 cas sur 10 par les suicidaires. Les moyens physiques classiquement décrits sont donc moins employés.

- La pathologie suicidaire semble de ce fait promise à un bel avenir. Un malade sur 10 hospitalisé en milieu spécialisé est un suicidaire, mais le Psychiatre sera amené à voir de plus en plus de suicidaires, car les progrès de la réanimation des intoxications [illegible] pratiquement fait disparaître la mortalité [illegible] dans le S.I.S.I. du C.H.U. (tableau [illegible]), les suicidaires survivent tous, par ailleurs cette absence nouvelle de [illegible] létal commence à être connue dans le public et risque d'encourager le [illegible], surtout pendant l'adolescence et l'âge adulte. Elle concerne surtout le sexe féminin : 3 tentative sur 4. tous âges réunis. Nous avons trouvé une proportion d'adolescentes plus élevée que les autres auteurs -4 filles sur 5 tentatives.

- De même notre proportion d'ingestions volontaires est très supérieure aux chiffres signalés par les autres auteurs. Enfin l'apparente périodicité des tentatives de suicide s'est avérée confirmée. Elle nous semble [illegible] favorisée par certaines conditions atmosphériques : la variation brutale de la pression barométrique.

- [illegible] possède réellement une signification. Elle recouvre [illegible] apparent de chantage un "appel à l'aide" -décrit par [illegible]- "mise en demeure" décrite par PASCALIS G.(75) Elle proteste contre une situation jugée intolérable. Elle constitue pour l'adolescent la seule forme de protestation possible, et surtout le seul moyen efficace de pression face au milieu socio-familial dont il dépend et qui ne lui laisse pas le droit à la parole avant l'explosion suicidaire.

Deux éléments psycho-sociaux font le lit de la conduite suicidaire pendant l'adolescence. La perplexité de la société n'accorde à l'adolescent qu'un statut ambigu et provoque des conflits. Le père est de plus souvent "absent" face à l'adolescent qui ne peut pas s'appuyer sur lui. La tentative proteste contre cette situation. Nous décrivons des structures familiales où la démission du père prend des formes moins connues que les classiques structures "d'absence" déjà décrites. Nous insistons sur les troubles affectifs pendant la période de latence qui [illegible] ultérieurement le sujet fragile pendant son adolescence et l'exposer ainsi à la conduite suicidaire.

Pendant l'âge adulte jeune, aux alentours de la trentaine, la pathologie suicidaire voit surtout des névrotiques de sexe féminin qui protestent [illegible] contre [illegible]. Des structures familiales se caractérisent en particulier par le choix névrotique

du conjoint. Les perturbations affectives antérieures déterminent ce choix.

La tentative suicidaire [illegible] en particulier au cours des mélancolies est la plus connue et décrite sur le plan clinique et psychogénétique. A présent, elle ne vient plus au troisième rang après la tentative pendant l'adolescence et l'âge adulte jeune, car elle s'avère beaucoup moins fréquente.

Ces aspects actuels des tentatives de suicide - et en particulier la demande d'aide qu'elles expriment- débouchent sur le problème de l'aide effective que l'on peut apporter au suicidaire. Le problème se pose aussi d'une éventuelle prophylaxie de l'acte suicidaire. Elle s'avère surtout réalisable après la quarantaine par le dépistage des mélancoliques. Mais [illegible] s'avère illusoire. Surtout pendant l'adolescence, si l'on peut prévoir la tentative, ni le sujet ni son entourage familial n'acceptent de modifier leur attitude. Les problèmes ne sont résolus qu'après la tentative et grâce à elle seulement. La prophylaxie ne peut être réalisée chez l'adolescent qui dépend trop de sa famille qu'au niveau de la récidive suicidaire.

L'aide apportée au suicidaire et cette prophylaxie de la récidive ne peuvent être réalisées que par la création dans le Service de Psychiatrie du C.H.U. d'équipes de Psychiatres et Psychothérapeutes aptes à prendre en charge les suicidaires et possédant la formation nécessaire pour assumer une relation psychothérapique. L'équipe doit être étoffée parce que un Psychothérapeute isolé cesse vite de pouvoir répondre à la demande du nombre croissant de suicidaires, et surtout la psychothérapie des suicidaires s'avère la plus difficile et la plus angoissante de toutes les psychothérapies pour le Psychothérapeute. Elle ne peut donc être entreprise qu'au sein d'une équipe permettant une réassurance mutuelle. Cette équipe permettrait la création d'un centre rémois S.O.S. Amitiés pour répondre en permanence à la possible demande d'aide des jeunes adultes candidats au suicide.

Le suicidaire veut mourir parce qu'il n'a plus la possibilité d'exercer son droit de vivre, parce que rien de ce qu'il veut entreprendre ne lui paraît plus possible. Quelques jours avant de se suicider, Césare PAVESE notait : "On ne se tue pas par amour, pour une femme, on se tue parce qu'un amour, n'importe quel amour nous révèle dans notre nudit, dans notre misère, notre néant".

Discuter les raisons qui ont fait découvrir à un être humain son néant, les responsabilités de la société ou de la famille, n'est pas le plus utile. Il importe surtout de ne pas laisser la demande du suicidaire sans réponse.

C'est le rôle du médecin et surtout du Psychiatre Psychothérapeute de redonner au suicidaire avec l'estime de lui-même la certitude qu'il lui est possible de vivre et que la vie n'est pas qu'un sens interdit.

Que la tentative de suicide exprime l'intense désir de mort du mélancolique, le désir de fuite de la jeune névrotique ou la mise en demeure de l'adolescent, elle n'est jamais qu'une recherche désespérée d'un contact réellement humain. C'est notre rôle d'y répondre.

RESUME

Les tentatives de suicide présentent actuellement des aspects nouveaux. Une majorité de sujets jeunes -adolescents 4 fois sur 10- utilisent dans 80 % des cas l'ingestion médicamenteuse. Le sexe féminin fournit les 3/4 du recrutement global. Les tentatives surviennent selon une périodicité favorisée par les variations de la pression atmosphérique. Elles présentent une signification non par psychiatrique mais psychologique "d'appel à l'aide" ou de "mise en demeure" en raison de conflits familiaux. L'étude du milieu montre une perturbation de l'affectivité ou des structures familiales. Des traumatismes affectifs pendant la phase de latence sont fréquents dans les antécédents.

Sur le plan clinique, la tentative au cours de l'adolescence est au premier plan de l'actualité. Elle dépend de facteurs psycho-sociaux et s'adresse au milieu dont l'adolescent reste dépendant. Pendant l'âge adulte jeune la femme se décompense vers la trentaine sur des bases névrotiques à l'occasion de conflits surtout conjugal. Après la quarantaine les tentatives, en particulier mélancoliques, sont plus rares. L'aide exprimée par le suicidaire et la prophylaxie de la récidive nécessitent une création, dans le Service de Psychiatrie du C.H.U., d'équipes de Psychiatres qui pourront par ailleurs animer un centre S.O.S. Amitiés.

B I B L I O G [illegible]

1 - [illegible]

2 - AGOSTINI E. et BOZZOLI A. - Etude des Récidives des Tentatives Juvéniles de suicide. Congrès Neurol. et Psychiâtr. Langue française Milan, 1970. Masson éd. Paris, (à paraître)

3 - AGOSTINI E. et LEGNANI M. - Syndromes pré-suicidaires dans les tentatives juvéniles de suicide. Congrès Neurol. et Psychiâtr. Milan, 1970. Masson éd. Paris, (à paraître)

4 - ASHER R. et [illegible] S. - Approche psychopathologique d'une population de suicidants non psychotiques. Ann. Méd. Psychol., 1965, 2 ,615 - 650.

5 - BARANDE R., COLIN M. et MOINE M . - Le Suicide. Rev. Problèmes, 1959, AGEMF éd., Paris.

6 - BARBEAUX G. - Le suicide chez les enfants. Thèse de Méd. Paris, 1908, Nº 175.

7 - BARDENAT C. et Coll. - Les conduites suicidaires chez la femme dans une région de l'Ouest de la France. Ann. Méd. Psychol. , 1963, 2 , 489 - 522.

8 - BAYET A. - Le suicide et la morale. 1922, Alcan éd. Paris.

9 - [illegible] J.C. - Suicide et conduites suicidaires. Presse Méd., 1966, 74 , 1033 -1038.

10 - [illegible] - [illegible] symptomatiques. Rev. Prat., 1963, 13 , 3033 - 3043.

11 - [illegible] - [illegible] suicide. Gaz. des Hôp., Paris, 1951, 846 - 863.

12 - BLANC M. et [illegible] M. - Les intoxications aiguës volontaires. J. de Méd. Bordeaux - 67 , 1045 - 1055.

13 - BLANC M. , BOURGEOIS M. et HENRI P. - La tentative de suicide. Aspects actuels à propos de 500 observations. Ann. Méd. Psychol. , 1966, 1 , 554 - 560.

14 - CASABON S. - La tentative de suicide. Thèse de Méd. Bordeaux.

15 - CASTETS B. - Note sur 350 observations de tentatives de suicide. Recherches sur les maladies mentales. 1963, 2 . Impr. munic. Paris.

16 - COLIN L. , VAUTERIN C. et MICLOU J.L. - La tentative de suicide. Rev. Lyon Méd., 1962, 11 , 5 - 15.

17 - Compte Général de l'Administration de la Justice Civile et Commerciale. 1966. Impr. Adm., Melun.

- COR J. - Tentative de suicide [illegible]. Thèse de Méd., Paris, 1956, N° [illegible].
- DEBESSE M. - La crise d'origin[illegible], [illegible] éd., Paris.
- DELAY J. et DENIKER P. - Méthodes chimiothérapiques en psychiâtrie. 1961 Masson éd., [illegible].
- DELAY J., DENIKER P. et BAKEN[illegible] épileptiques. L'encéphale, 1957, 16 , 401 -436.
- DELMAS A. - Psychopathologie du suicide. 1932, Alcan éd., Paris.
- DESHAISS G. - Psychologie du suicide. [illegible]47, P.U.F. éd., Paris.
- DESLAURIERS A. - Le risque de [illegible] chez les déprimés. Rev. Prat., 1963, 13 . 3055 - 3060.
- DUCHAC M. - Le suicide au Japon. [illegible]v. Franç. de Sociol., 1964, 4 , 402 - 415.
- DUCHE D.J. - Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Psychiât. de l'enfant, 1964 , 7 , fasc. 1. P.U.F. éd., [illegible].
- DURKHEIM A. - Le suicide. 3ème éd., [illegible], P.U.F. éd., Paris.
- EY H. - Etudes psychiâtriques. [illegible] de Brouwer éd., Paris.
- [illegible] R. , [illegible] ; [illegible] chez l'adolescent. Ann. Méd. Psychol., [illegible]. 1 , [illegible].
- FAVREAUX M. - Commission sur [illegible], Impr. Adm., Paris.
- FERNURE G. - Rese[illegible] l'omnipraticien en face du suicide. L'Inform. Psychiât., 1969, 9 , 531 -[illegible].
- FREUD A. - Le moi et les mécanismes [illegible]5, P.U.F., éd., Paris.
- FREUD S. - Essais de Psychanalyse. [illegible], [illegible]., Paris.
- FREUD S. - Métapsychologie. 1963, Gallimard éd., Paris.
- FREUD S. - Trois essais sur la théorie de la sexualité. 1924, Gallimard éd., Paris.
- FREUD S. - Psychopathologie de [illegible]e quotidienne" 1963, Payot éd., Paris.
- GAULTIER M., FOURNIER E. et GORGEIX A. - Etude clinique et statisitique d'un groupe de mineurs suicidants. Sem. [illegible]., 1966, 28 , 8 - 11.
- GAULTIER M., FOURNIER E. et GORGEIX A. - A propos de 47 cas de tentatives de suicide chez des adolescents. Hyg. Ment., 1961, 6 , 363 - 369.
- GERAUD J., MORON P. et MIGAZYRE[illegible] de suicide en milieu étudiant. Rev. Neuro-Psychiât. Inf., 1967, [illegible] - [illegible].

40 – GESELL A. – L'adolescent de 10 à 16 ans. 1959, P.U.F. éd., Paris.

41 – GORGEIX A. – Le suicide, l'adolescence et le poison. Sem. des Hôp., 1963, 50 , 8 – 11.

– GORGEIX A. et ZIMBACCA M. – Etudes sur le suicide. 1970, Masson éd., Paris.

43 – GORGEIX A. et ZIMBACCA M. et LEJEUNE M. – Etude psychométrique. Sem. des Hôp., 1963, [illegible] , 8 – 11.

44 – GOUREVITCH M. et KOUPERNIK C. – Vers une suicidologie ? Conc. Méd., 1969, 15 , [illegible] – [illegible].

45 – GRAVEM J. – Prévenir et non punir le suicide. Rev. Intern. Criminol. et Pol. Techn. 19 , [illegible]1 –24[illegible].

46 – GREER N. – Parental Loss and Attempted suicide. Surther report. Brit. J. Psychiât., 1966, 112 , 465 –470.

47 – HAIM A. – Le suicide des adolescents. 1969, Payot éd. Paris.

48 – HALBWACHS M. – Les causes des suicides. 1930, Alcan éd., Paris.

49 – HEUYER G. – Introduction à la Psychiâtrie Infantile. 1952, P.U.F. éd., Paris.

50 – I.N.S.E.E. – Etudes et conjonctures. 1967, P.U.F. éd., Paris.

51 – JACOBZINER H. – Attempted suicide in children. J. Pediat., 1960 , 4 , 519 – 525.

52 – [illegible] – [illegible] nouvelle méthode d'ana- [illegible] Ann. Méd. Psychol., 1967, [illegible]

53 – [illegible] – [illegible] chez l'adolescent. Psychiât. de l'en- fant, [illegible]

54 – [illegible] B. – Clinique, [illegible] et [illegible] des états dépressifs. Acta psychosom., 1959, [illegible]

55 – LAPLANCHE J. et PONTALIS J.B. – Vocabulaire de la psychanalyse. 1967, P.U.F. éd., Paris.

56 – LAUNAY C. et COL CH. – Sucide et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Rev. du Prat. , 1964, 14 , 21 – 28.

57 – LECLERE M.F. – Les enfants conduits au Psychiâtre pour troubles du caractère. Thèse de Méd., Reims, 1969, Nº 7.

58 – LEMPERIERE T. – Les dépressions psychogènes. Rev. du Prat., 1963, 13, 3021 – 3031.

59 – LEMPERIERE T. et DESLAURIERS A. – Le risque de suicide chez les psychoses. Rev. du Prat., 1962, 12 , 3253 – 3262.

60 - MAC DONALD M. - Suicide and homicide automobile. Amer. J. of Psychiât., 1964, 21, 366 - 370.

61 - MALE P. - Psychothérapie de [illegible], [illegible] P.U.F. [illegible], Paris.

62 - MARELZKI Tw. - Suicide in Okinawa. The intern. [illegible], [illegible], 11, [illegible] - [illegible].

63 - [illegible] - [illegible] Rev. Méd. [illegible]

64 - [illegible] - [illegible], Dessart éd., Bruxelles.

65 - MOIRET A. - Le suicide par grand abandon. Thèse de Méd., Paris. 1965.

66 - MOUREN P., [illegible] et [illegible] - La tentative de suicide du sujet jeune. Ann. Méd. Psychol., [illegible], 1, 1 - 16.

67 - MOUREN et Coll. - Essais d'approche psycho-sociale de la conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte jeune. Ann. Méd. Psychol., 1964, 1, 450 - 455.

68 - MOUREN P., SCARRONE J., GUIDICELLI S; et FRESCO R. - Les tentatives de suicide. Bilan de neuf années d'observations. In rapport congrès neurol. et psychiât. langue française. Milan 1970. Masson éd. (à paraître)

69 - [illegible] - [illegible], [illegible] éd. Paris.

70 - NICK J., [illegible] A. et [illegible] M. - Les suicides d'abandon. Ann. Méd. Psychol., 1965, 2, [illegible].

71 - OECONOMO J.C. - Le comportement suicidaire et le [illegible] de la tentative de suicide. Rev. franç. de sociol., 1961, 67 - 75.

72 - [illegible], 19, 21. [illegible]

73 - [illegible]

74 - PASCALIS G. - Le médecin devant la mort violente. In rapport colloque intern. de psychol. méd., 1970, Lyon. Ann. Méd. Psychol. (à Paraître)

75 - [illegible] - Tentatives de suicide des adolescents. Données statistiques françaises. In rapport congrès neurol. et psychiât. langue française, 1970, Milan. Masson éd. (à paraître).

76 - PASCALIS G. et Coll. - Traitement de l'hypocondrie mélancolique par la [illegible] intra-veineuse. In rapport congrès de neurol. et psychiât. langue française. 1969, Bruxelles. Masson éd. (à paraître).

77 - PASCALIS G. et BORIE M. - L'examen psychologique de l'enfant caractériel. Clermont Méd., 1970, 79, 63 - 72.

78 - [illegible] M. et DE PAILLERET S. - 328 tentatives de suicide observées dans un service de médecine générale. Sem. des Hôp., 1965, 41, [illegible] - [illegible].

79 - POKORNY A. et Coll. - Attempted suicide and weather. Amer. J. of psychiât., 1963, 20 377 - 381.

80 - POROT M. et Coll. - Congrès de neurol. et Psychiât. Langue franç., Marseille, 1964, Masson éd. 1 , 445 - 449.

81 - POROT M., COUDERT A. et COLLET M. - Les conduites suicidaires des adolescents. Psychiât. de l'enf. 1962, 9 , 317 - 3[illegible].

82 - [illegible] - Le suic[illegible] Ed. social. franç., Paris.

83 - RINGEL E. - La prévention du suicide : un problème mondial. Hyg. ment., 1966, 55 , 84 - 105.

84 - [illegible], [illegible] F., THIOT C. et GOULON M. - La tentative de suicide chez l'adolescent. Sem. des Hôp., 19[illegible], 45 , 1141 - 1147.

85 - ROUMAJON Y. - Comportements inadaptés de l'adolescent normal. Psychiât. de l'enf. 1966, 4 , fasc. 1. P.U.F. éd., Paris.

86 - SCHNEIDER P.B. - La tentative de suicide. 1954, Delachaux et Niestle éd. Neufchatel.

87 - SCHACHTER M. et COTTE J. - La tentative de suicide chez les jeunes. Etude médico-sociale et psychologique à la lumière du test de Rorschach. Rev. neurol. psychiât. infant., 1963, 10 , 45 - 65.

88 - STENGEL E. et COOK N. - Attempted suicide. The amer. J. of psychiât., 1958, 112 , 605 - 971.

89 - STENGEL E. - Recent research into attempted suicide. Amer. J. of psychiât., 1962, 118 , 725 - 729.

90 - [illegible] - Suicide et carence d'autorité. Hyg. ment. 1964, 53 , 197 - 204.

91 - SZYMANSKA Z. et ZELAZOWSKA S. - Suicides et tentatives de suicides chez les enfants et les adolescents. Rev. neurol. psychiât. Inf. 1964, 12 , 745 - 740.

92 - TOMKS [illegible] et RACH P. - Menstruation and attempted suicide. In rapport 4ème congrès psychiât. Madrid, 19[illegible], Masson éd., Paris.

93 - TUCKMAN [illegible] et CANNON H. - Attempted suicide in adolescent. Amer. J. Psychiât.1963, 115 , 2[illegible] - 232.

94 - VEDRINNE J. - Intoxications aiguës volontaires. 1965, Masson é d., Paris.

95 - ZIMBACCA N. - Le suicide chez l'adolescent. Conc. méd., 1965, 36 , 4991 -4998.

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION
- HISTORIQUE
- MATERIEL D'ETUDE
- OBSERVATIONS
  - Résultats de l'étude statistique (tableaux)
    - Tentatives pendant l'âge adulte
    - Tentatives pendant l'adolescence
    - Suicides réussis
  - Observations cliniques
  - Observations psychologiques d'adolescents suicidaires
- L'ANALYSE DES RESULTATS
  - L'aspect Statistique
    - Résultats de l'étude statistique
      - Tentatives de suicide pendant l'âge adulte
      - Tentatives de suicide pendant l'adolescence
      - Résultats de l'étude psychologique pendant l'adolescence
      - Suicides réussis recensés
    - Comparaison aux autres résultats déjà publiés pendant l'adolescence
  - L'aspect clinique

    A) La tentative de suicide pendant l'âge adulte après la quarantaine
      - La dépression mélancolique
      - Psychogénèse

    B) La tentative pendant l'âge adulte jeune
      - La dépression névrotique
      - Les structures et les relations familiales

    C) La tentative au cours de l'adolescence
      - L'adolescence : aspects classiques et actuels
      - La signification de la tentative : "mise en demeure" Ses causes
      - Structures et relations familiales
      - Troubles affectifs de l'enfance

    D) Déductions tirée de ces nouveaux aspects de tentatives de suicide
- CONCLUSION
- RESUME
- BIBLIOGRAPHIE